

Kısa rapor / Short report

Psikiyatristler ve psikiyatri asistanlarında bilişsel-davranışçı terapi hakkında mitler ve yanlış bilinenler

Erhan ERTEKİN,¹ Berk Murat ERGUN,² Mehmet Zihni SUNGUR³

ÖZET

Amaç: Çeşitli ruhsal sorunlardaki etkililiği kanıtlanmış olmakla birlikte, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) hakkında çeşitli yanlış inançlar ve mitler de bulunmaktadır. Bu mitlerin bazıları sadece hastalarda yaygın olmakla kalmaz, psikiyatri alanında çalışan klinisyenler tarafından da paylaşılır. Bu çalışmanın birincil amacı Türkiye’de psikiyatristler ve psikiyatri asistanları arasında BDT ile ilişkili mitleri ve yanlış bilinenleri saptamak ve bunları bir grup Avrupalı psikiyatri asistanından elde edilen verilerle karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Katılımcıların aşağıdaki değişkenler üzerine görüşlerini saptamak amacıyla araştırmacılar tarafından bir soru formu geliştirilmiştir: Psikoterapiye olan kişisel ilgi düzeyi, çalıştıkları kurumda BDT eğitiminin olup olmadığı ve kurslara katılarak ayrıca eğitim alıp almadıkları, çeşitli psikiyatrik bozukluklarda BDT’nin etkinliği ve BDT hakkındaki bazı yaygın mitler ve yanlış bilinenler. Toplam 140 katılımcı -Türkiye’den 73 psikiyatri asistanı ve 33 genç psikiyatrist ile değişik Avrupa ülkelerinden Avrupa Psikiyatri Asistanları Federasyonu (European Federation of Psychiatric Trainees, EFPT) üyesi 34 asistan- formu doldurdu. **Bulgular:** Katılımcıların %32.1’i psikiyatri uzmanlık eğitimi programlarında BDT eğitimi bulunduğunu bildirdi, ancak sadece %2.9’u kurumlarındaki BDT eğitimini ‘yeterli’ buluyordu. Katılımcıların %40.7’si (s=57) BDT’nin en çok ilgilendikleri psikoterapi türü olduğunu bildirdi. BDT başlıca anksiyete bozuklukları için bir tedavi biçimi olarak görülüyordu, ancak şizofreni, bipolar bozukluk veya kişilik bozuklukları gibi daha ağır bozukluklar için bu durum geçerli değildi. BDT’yi yüzeysel, duyguları dikkate almayan, sadece belirtisel düzelme sağlayan bir yaklaşım olarak tanımlayan mitlere kısmen veya tümüyle inananların oranı bu mitlerin her biri için yarıdan fazlaydı. **Tartışma:** Çalışmanın sonuçları psikiyatri alanında çalışan profesyoneller arasında yanlış anlamaları azaltmak ve iyi klinik uygulamaları artırmak için BDT’yi daha iyi ve alternatif yollarla tanıtmanın gerekliliğine işaret etmektedir. BDT’nin doğru biçimde tanıtılmasına ve BDT hakkında gelişen yanlış anlamalar veya bilgiler hakkında farkındalığın artırılmasına gereksinim vardır. Bu tutum BDT hakkındaki mitlerin ve yanlış bilgilerin azalmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca psikoterapistler arasında iyi uygulamaların gelişmesini sağlayacak ve hastaları BDT’nin yarar sağlayabileceği çok çeşitli ruhsal sorunlar için yardım aramaya özendirilecektir. (Anadolu Psikiyatri Derg 2014; 16(1):60-64)

Anahtar sözcükler: BDT, psikoterapi, eğitim, süpervizyon, bilişsel-davranışçı terapi, mitler

Misconceptions and myths about cognitive-behavioral therapy among psychiatrists and psychiatry residents

ABSTRACT

Objective: Despite its well established efficacy for various psychological problems, cognitive-behavioral therapy (CBT) is surrounded by numerous false beliefs and myths. Some of these myths are not only common in clients, but are also shared by clinicians working in the area of psychiatry. Therefore, this study primarily aimed to detect the myths related to CBT that are common among Turkish psychiatrists and psychiatry residents in comparison

¹ Uzm.Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Çapa-Fatih, İstanbul

² Serbest psikiyatrist, İstanbul

³ Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri ABD, İstanbul

Yazışma Adresi / Correspondence address:

Uzm.Dr. Erhan ERTEKİN, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 34390, Çapa/İstanbul

E-mail: erhanert76@yahoo.com

Geliş tarihi: 17.11.2013, Kabul tarihi: 31.03.2014, doi: 10.5455/apd.46839

with a sample of non-Turkish European psychiatry residents. **Methods:** A questionnaire was developed by the researchers to detect the participants' opinions on the following variables: personal interest in psychotherapy, CBT training available in the institution they work at and formal training through courses, the effectiveness of CBT on various psychiatric disorders and some of the common myths and misconceptions about CBT. A total of 140 participants -73 psychiatry trainees, 33 young psychiatrists from Turkey and 34 members of The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) from different European countries completed the questionnaire. **Results:** The data revealed that only 32.1% of participants have education/training on CBT in their psychiatry training programs and only 2.9% of the whole study group rated CBT training in their institution as 'sufficient'. 40.7% of participants (n=57) reported that CBT is the type of psychotherapy they are most interested in. CBT was seen as a treatment primarily for anxiety disorders but not in more severe disorders such as schizophrenia, bipolar and personality disorders. More than half of the participants have totally or partially agreed some CBT myths such as being superficial, ignoring emotions or an approach that only provides symptomatic relief. **Conclusions:** The findings of the study indicate the need to evaluate alternative and better ways of promoting CBT in order to reduce misunderstandings and improve good practice amongst professionals working in the area of psychiatry. The findings indicate the need to promote CBT and increase awareness for possible misconceptions and myths that have grown up around CBT. This will help reduce myths and misconceptions about CBT. Therefore it will also improve good practice amongst psychotherapy professionals and motivate purchasers and clients to demand help for a wide range of psychological problems that CBT may be effective. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16(1):60-64)

Key words: CBT, psychotherapy, training, supervision, cognitive behavioral therapy, myths

GİRİŞ

Çeşitli psikiyatrik bozukluklar üzerindeki kanıtlanmış etkinliğine rağmen, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) bir dizi yanlış inanç ve mitte çevrilidir.¹ Bu mitler sadece hastalara ait olmayıp, aynı zamanda onları tedavi eden terapistler ve hekimler tarafından da paylaşılabilmektedir.²

Bir çalışmada internet tabanlı bir anket yoluyla aile hekimliği ve psikiyatri anabilim dallarında çalışan hekimlerin tutumları incelenmiştir. Sonuçlara göre BDT'nin kullanımının yaygınlaşmasının önünde eğitim olmayışı, deneyim eksikliği ve zaman yetersizliği gibi nedenlere bağlı önemli engeller bulunmaktadır. Ayrıca hekimlerin incelenen çeşitli bozukluklarda BDT'nin yararlarına ilişkin inançlarının bazı bozukluklar için hayli düşük olduğu saptanmıştır.²

BDT hakkındaki yaygın mitlere düşünce odaklı olup duygularla ilgilenmemesi, altta yatan nedenler yerine belirtilere odaklanması, hastanın geçmişi ile ilgilenmemesi gibi örnekler verilebilir.³ Bu mitlerle psikiyatri dışı dallardan hekimlerde olduğu gibi, diğer psikoterapi ekollerinden ruh sağlığı çalışanlarında ve hatta BDT uygulayıcılarında da karşılaşılabılır. Bazen BDT terapistleri BDT'nin hemen her sorunda büyük oranda etkinlik gösterdiği gibi iddialarla mitlerin gelişmesinde rol oynayabilirler.⁴

Yüksek bir kanıt düzeyine⁵ ve hem uzmanların,⁶ hem de asistanların⁷ gözünde parlak bir geleceğe sahip olmasına rağmen, BDT hakkındaki yanlış bilgiler ve kısıtlılıklar, psikiyatri ve psikoloji alanlarında çalışan profesyoneller arasında bile hala yaygındır.^{8,9} Asistanlık eğitimindeki önemli bir eksiklik, kanıta dayalı psikoterapilerde yeterli-

lik elde edilmesine vurgu yapılmamasıdır.¹⁰ Yeterince süpervizör bulunamaması BDT uygulamalarının yaygınlaşması konusunda önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir.⁷

Yazarların bildiği kadarıyla, BDT hakkında mitlerin ve yanlış bilinenlerin yaygınlığının Türkiye'deki psikiyatri asistanları ile batı ülkelerinden psikiyatri asistanları arasında karşılaştırıldığı bir çalışma yoktur. Bu nedenle bu çalışmanın birincil amacı, Türk psikiyatristler ve Türk ve Avrupalı psikiyatri asistanlarında BDT ile ilişkili mitleri ve yanlış bilgileri saptamaktır.

YÖNTEM

Katılımcıların aşağıdaki değişkenler üzerine görüşlerini saptamak amacıyla araştırmacılar tarafından bir soru formu geliştirilmiştir: Psikoterapiye olan kişisel ilgi düzeyi, en çok hangi psikoterapi türü ile ilgilenildiği, çalıştıkları kurumda BDT eğitimi olup olmadığı, kurumlarında BDT süpervizyonu alıyorlarsa bunu yeterli bulup bulmadıkları, kurumları dışında kurslara katılarak ayrıca eğitim alıp almadıkları, gördükleri hastaların ne kadarlık bir oranında psikoterapi uyguladıkları ve BDT'nin bu uygulamalarında hangi oranda yer aldığı, çeşitli psikiyatrik bozukluklarda BDT'nin etkinliğine ilişkin düşünceleri ve BDT hakkındaki bazı yaygın mitler ve yanlış bilinenler. Bu mitler sorgulanırken Tablo 2'de sıralanan 12 anlatımın yanı sıra, yanıtlama yanlılığını azaltmak amacıyla eklenen ve BDT hakkında doğru bilgiler içeren üç madde (BDT'de tedavi başarısında terapötik ilişkinin önemli olması, terapide öğrenilenlerin ev ödevleri yoluyla hastanın yaşamına geçirilmesi, terapide öğrenilenlerle kişinin adeta kendisinin terapisti olmasının -

62 Psikiyatristler ve psikiyatri asistanlarında BDT hakkında mitler ve yanlış bilinenler

hedeflenmesi) olmak üzere toplam 15 anlatım hakkındaki görüşleri soruldu. Toplam 140 katılımcı -Türkiye'den 73 psikiyatri asistanı ve uzmanlık eğitimini tamamlamalarının üzerinden en fazla beş yıl geçmiş 33 psikiyatrist ile değişik ülkelerden Avrupa Psikiyatri Asistanları Federasyonu'nun (EFPT) üyesi 34 asistan- formu doldurdu.

Veriler Statistical Package for Social Sciences Windows programı (SPSS, Version 13.0, Chicago, IL.) üzerinde hazırlanan bir veri tabanına girildi. Veriler betimleyici istatistikler, ki-kare ve Mantel-Haenszel testleri ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlendi.

Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygundur.

BULGULAR

Örneklemin büyük bir kısmı psikoterapi ile ilgilendiğini bildirdi ($s=110$, %78.5) ve EFPT üyeleri arasında bu oran diğer gruptan yüksekti (%92.9, $p=0.005$, Mantel-Haenszel test). Katılımcıların %40.7'si ($s=57$) BDT'nin en çok ilgilendikleri

psikoterapi türü olduğunu bildirdi, bunu psikanalitik yönelimli psikoterapi izliyordu (%35.5).

Tablo 1. Bir psikiyatrik bozuklukta BDT'yi etkili bir tedavi yaklaşımı olarak görenler

Psikiyatrik bozukluk	Sayı	%
Obsesif kompulsif bozukluk	132	94.3
Panik bozukluğu	130	92.9
Sosyal anksiyete bozukluğu	124	88.6
Yaygın anksiyete bozukluğu	92	65.7
Cinsel işlev bozuklukları	90	64.3
Depresyon	89	63.6
Yeme bozuklukları	83	59.3
Travma sonrası stres bozukluğu	79	56.4
Evlilik/ilişki sorunları	66	47.1
Alkol-madde bozuklukları	56	40.0
Somatoform bozukluklar	46	32.9
Kişilik bozuklukları	33	23.6
Şizofreni*	25	17.9
Bipolar bozukluk*	20	14.3

*: Farmakoterapiye ek tedavi olarak

Tablo 2. Katılımcıların mitler veya yanlış bilgiler hakkındaki yanıtlarının dağılımı

Mitler veya yanlış bilgiler	1		2		3	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
BDT yüzeysel bir psikoterapi biçimidir; hastayla ilişki kurmak ve onu tanımaya çalışmaktan çok sorunun çözümü üzerinde odaklanır.	53	37.9	65	46.4	22	15.7
BDT hastaların düşüncelerini yeniden yapılandırma üzerine odaklanırken, duygularını yeterince dikkate almaz.	66	47.1	61	43.6	13	9.3
BDT'de terapist aktif bir rol oynarken hasta ise pasif bir rodedir.	81	57.9	42	30.0	17	12.1
BDT'de her seansın gündemi terapist tarafından belirlenir.	56	40.0	70	50.0	14	10.0
BDT kişilik bozuklukları gibi tedavisi güç durumlarda etkili değildir.	38	27.1	73	52.1	29	20.7
BDT eğitseldir; terapist hastayı didaktik biçimde bilgilendirir ve ona daha iyi düşünmeyi öğretir.	35	25.0	71	50.7	34	24.3
BDT çeşitli teknikler kullanarak hastayı düşüncelerini ve davranışlarını değiştirmeye ikna etme çabasıdır.	27	19.3	81	57.9	32	22.9
BDT kanıta dayalı bir tedavi yaklaşımı değildir; çeşitli psikiyatrik bozukluklarda etkili olduğuna dair yeterince bilimsel kanıt yoktur.	97	69.3	33	23.6	10	7.1
BDT hastaya nasıl zekice ve mantıklı düşüneceğini öğreten mekanik bir tedavi yaklaşımıdır.	62	44.3	65	46.4	13	9.3
BDT bir ölçüde entelektüel kapasite gerektirdiğinden sadece yüksek eğitim düzeyli, seçilmiş hastalarda etkilidir.	61	43.6	61	43.6	18	12.9
BDT sadece belirtisel iyileşme sağlar.	69	49.3	50	35.7	21	15.0
BDT'de tüm seanslar yapılandırılmış ve gündemleri terapist tarafından önceden belirlenmiştir, bu nedenle seansın gündemi değiştirilmemeli veya yeniden değerlendirilmemelidir.	63	45.0	67	47.9	10	7.1

1: tümüyle katılıyorum, 2: kısmen katılıyorum, 3: tümüyle katılmıyorum

%32.1'i (s=45) çalıştıkları kurumda BDT eğitiminin olduğunu bildirdi, ancak bu grubun sadece %8.9'u (s=4) bu eğitim ve süpervizyonun bir BDT terapisti olmaya yetecek derecede olduğunu düşünüyordu (örneklem %2.9'u). Türk ve Avrupalı asistanlar arasında kurumlarındaki terapi süpervizyonunu yeterli bulanların oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Katılımcıların %24.3'ü (s=34) BDT üzerine kurum dışı bir kurs veya süpervizyon programına katılıyordu veya önceden böyle bir programa katılmıştı; Türk asistanlarla EFPT asistanları arasında bu açıdan fark yoktu. Çalışma örnekleminin %76.4'ü (s=107) hastalarına psikoterapi uyguladığını bildirdi ve EFPT üyesi asistanlar daha fazla sayıda hastaya psikoterapi uyguluyorlardı ($p=0.002$, ki-kare testi).

Belli bir psikiyatrik bozukluk için BDT'nin etkili olup olmadığı konusundaki fikirleri sorulduğunda BDT'nin en sık anksiyete bozuklukları için etkili olduğu bildirildi (Tablo 1). BDT'nin en etkili olduğunu düşündükleri ilk beş bozukluğu sırasıyla işaretlemeleri istendiğinde ise, katılımcıların %45.3'ü için ilk seçenek panik bozukluğu olurken, katılımcıların sadece %16.5'inin ilk seçimi OKB veya anksiyete bozuklukları dışından bir bozukluk oldu.

Çalışma grubu BDT ile ilgili bazı mitleri ve yanlış bilinenleri bir ölçüde paylaşıyordu (Tablo 2). Katılımcıların %37.1'i BDT'nin şizofreni hastalarında kullanılmaması gerektiğini düşünüyordu. Şizofrenide BDT'nin uygulanabileceğini düşünenler arasında ise, BDT üzerine eğitim alanlar daha fazlaydı ($p=0.03$, Mantel-Haenszel testi). Önemli oranda katılımcı tarafından BDT'nin kullanılmaması gerektiği düşünülen diğer iki durum ise bipolar bozukluk ve kişilik bozuklukları idi (sırasıyla %28.6 ve %22.9). Söz konusu oran diğer bozukluklar için şöyleydi: Somatoform bozukluklar %5.7, alkol-madde kötüye kullanımı %5, yeme bozuklukları %4.3, ilişki/evlilik sorunları ve depresyon %2.9, panik bozukluğu ve cinsel işlev bozuklukları %1.4 ve OKB%0.7. BDT'nin yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunda kullanılmaması gerektiğini düşünen katılımcı yoktu.

TARTIŞMA

Farklı psikoterapi protokolleri arasından BDT'nin en fazla katılımcının başlıca ilgi alanını oluşturması, günümüzde psikiyatri asistanları arasında BDT'ye olan ilginin arttığına ilişkin verilerle uyumludur.⁷ ABD'nin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (Accreditation

Council on Graduate Medical Education, ACGME) tüm psikiyatri asistanlık programlarında psikiyatri asistanlarına BDT'de yeterlilik gösterecek düzeyde eğitim verilmesini gerekli kılmaktadır. Katılımcıların sadece %32.1'i kurumlarındaki psikiyatri eğitimi programlarında BDT eğitimi gördüklerini bildirmiştir. Örneklem sayısının sınırlılığına rağmen, kurumlarındaki BDT eğitimi yeterli bulan katılımcıların oranının sadece %2.9 olduğunu düşündüğümüzde, psikiyatri asistanlığı sırasında BDT eğitimi hakkında yapılacak çok şey olduğu sonucunu çıkarabiliriz. Bunun bir çözümü, eğitim isteklerinin eğitimcilerin sunabileceğinin üzerinde olması nedeniyle 'eğiticilerin' ve 'eğitici eğitimcilerinin' sayısının artırılması olabilir. Aksi halde bu durum eğitimcilerin iş yükünü artıracak ve verilen süpervizyonun kalitesini düşürecektir.

Çeşitli bozukluklardaki etkinliği hakkındaki görüşler BDT'nin başlıca anksiyete bozuklukları için bir tedavi yaklaşımı olarak görüldüğünü düşündürülebilir. Oranlar anksiyete bozukluklarındaki kadar yüksek olmasa da, sonuçlar ayrıca katılımcıların BDT'yi kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk ve şizofreni hariç olmak üzere psikiyatrik bozuklukların büyük çoğunluğunda etkili biçimde kullanılabilen bir tedavi olarak gördüğüne de işaret etmektedir. Bu üç durumda BDT'nin etkin olduğunu düşünenlerin düşük oranlarda kalması, BDT'nin bu durumlarda da yararlı olabileceğine işaret eden kanıtların artışına rağmen,¹¹⁻¹³ 'tedavisi güç durumlar' için etkili olmadığı şeklindeki yaygın miti yansıtmaktadır.

Mitleri ve yanlış bilinenleri içeren anlatımlara tümüyle veya kısmen katılan katılımcıların oranları birlikte ele alındığında, %62.1'i BDT'yi 'yüzeysel' buluyor, %52.9'u BDT'nin 'düşüncelere odaklandığını ve duyguları yeterince dikkate almadığını' düşünüyor, %75'i BDT'yi 'hastalara doğru düşünmeyi öğreten bir terapi' olarak görüyor, %50.7'si 'sadece belirtisel iyileşme sağladığını', %56.5'i 'sadece yüksek eğitim düzeyine sahip hastalara uygulanabileceğini' düşünüyor ve %55.7'si 'mekanik bir yaklaşım' olarak görüyordu (Tablo 2). Bu yanlış inançlara kısmen katılanların oranının tümüyle katılanlardan çok daha yüksek olmasına rağmen, BDT hakkında daha fazla bilgi ve anlayış sahibi olunabilmesi için psikiyatri asistanlığı sırasında bu psikoterapi sisteminin ilişkin eğitiminin hem nitelik, hem de nicelik açısından geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılabilir.

Örneklemin 140 katılımcıdan oluşması, Türkiye'deki ve hatta Avrupa'daki asistan ve genç uzman sayısı göz önüne alındığında çalışmamız açısından

dan bir sınırlılık oluşturmaktadır. Bununla birlikte, çalışmanın bulgularının psikiyatri alanında çalışan profesyoneller arasında yanlış bilgileri azaltmak ve iyi klinik uygulamaları geliştirmek için BDT'yi tanıtmanın alternatif ve daha etkili yollarını değerlendirmenin gereğine işaret ettiğinden söz edilebilir. BDT'nin tanıtılmasında başlıca sorumluluk eğitimcilerde gibi görünmekle birlikte, mevcut eğitimcilerin sayısını artırarak iş yükünü azaltma gibi konular ele alınmalıdır.

BDT için minimal eğitim standartlarının belirlenmesi iyi bir başlangıç olur, ancak her düzeydeki terapistlerin süpervizyon almaları ve profesyonel gelişimlerini sürdürmeleri beklenir. Bu durum mitlerin ve yanlış bilgilerin de azalmasına yol açacak ve bir psikoterapi olarak BDT'nin doğası hakkında daha net olmak konusunda profesyonellere yardımcı olacaktır.

Çok farklı sorunları olan insanlara sağladığı belirgin yararlar nedeniyle, BDT'nin yaygınlaşmasına sıcak bakmalıyız. Bununla birlikte BDT ne kolaydır, ne de basite indirgeyicidir. Bir gelişme ve iyileştirme sürecindedir; hem standart yaklaşımları güncellenmekte, hem de BDT kökenli kabul ve kararlılık terapisi gibi 'üçüncü dalga' yaklaşımları ile zenginleşmektedir. Etkinliğini gösteren araştırmaların birikmesi ve BDT'yi öğrenme isteklerinin artması gelecekte psikoterapilerin kanıta dayalı olanlar (deneysel olarak desteklenenler) ve olmayanlar şeklinde sınıflandırılabileceğinin işaretleri olabilir. BDT'nin ne olduğunun ve ne olmadığına ruh sağlığı profesyonelleri ve daha geniş açıdan bakılırsa tüm hekim topluluğu tarafından daha iyi anlaşılması psikoterapiyi bilimsel yöntem bilimle buluşturan BDT'nin ülkemizdeki kullanımına önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Beck, Judith S. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond. Second ed., New York: the Guilford Press, 2011 p.17-28.*
2. Sierpina V, Levine R, Astin J, Tan A. *Use of mind-body therapies in psychiatry and family medicine faculty and residents: attitudes, barriers, and gender differences. Explore (NY) 2007; 3(2):129-135.*
3. Neenan M. *Common myths and misconceptions about CBT. W Dreyden, R Branch (Eds.), The CBT Handbook, SAGE Publications, 2012, p.65-80.*
4. Dobson D, Dobson KS. *Myths about cognitive-behavioral therapy. Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy, New York: The Guilford Press, 2009, p.244-263.*
5. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. *The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006; 26(1):17-31.*
6. Norcross JC, Hedges M, Prochaska JO. *The face of 2010: A Delphi poll on the future of psychotherapy. Prof Psychol Res Pract 2002; 33(3):316-322.*
7. Cassidy KL. *The adult learner rediscovered: psychiatry residents' push for cognitive-behavioral therapy training and a learner-driven model of educational change. Acad Psychiatry 2004; 28(3):215-220.*
8. Dattilio FM. *Cognitive-behavior family therapy: contemporary myths and misconceptions. Contemp Fam Ther 2001; 23(1):3-18.*
9. Neenan M, Dryden W. *Misconceptions about CT. Cognitive Therapy 100 Key Points & Techniques, London: Routledge, 2004, p.25-46.*
10. Martin L, Saperson K, Maddigan B. *Residency training: challenges and opportunities in preparing trainees for the 21st century. Can J Psychiatry 2003; 48(4):225-231.*
11. National Institute for Clinical Excellence. *Clinical Guideline: 1. Schizophrenia. (www.nice.org.uk).*
12. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. *Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. Am J Psychiatry 2005; 162(2):324-329.*
13. Verheul R, Herbrink M. *The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: a systematic review of the evidence and clinical recommendations. Int Rev Psychiatry 2007; 19(1):25-38.*