

Kognitiv miljøterapi

Kognitiv tilnærming gir nye og spennende muligheter til å hjelpe pasienten til å forstå og hjelpe seg selv. Våre erfaringer er positive, men vi ser også utfordringer og forbedringspotensiale.



Foto: Privat

■
Av Elisabeth Ønal Løvaas,
 fagkoordinator ved Seksjon allmennpsykiatri, Sykehuset Levanger. Hun kombinerer stillingen som fagkoordinator med ordinært miljøkontaktarbeid og undervisning for pasienter og kolleger.

Artikkelen beskriver våre erfaringer med kognitiv miljøterapi i to sengeposter, Seksjon allmennpsykiatri og Seksjon psykoser ved sykehuset Levanger. Seksjonene tilbyr behandling av pasienter med tildels svært forskjellige behov.

Bakgrunn

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger skal tilby evidensbasert behandling, spesifikk for de enkelte lidelser. Kognitiv terapi (heretter KT) støttes av internasjonal forskning, og er et prioritert tilbud i klinikken ved lidelser med dokumentert evidens.

To av sengepostene har implementert kognitiv miljøterapi (heretter KMT), mens en tredje er i oppstartsfasen. Seksjon psykoser har jobbet med implementering av KMT siden 2007. Samme år startet seksjon allmennpsykiatri forberedelser til implementering, før endelig innføring i 2009.

Psykiatrisk avdeling har 16 sengeplasser ved Seksjon allmennpsykiatri og 10 plasser ved Seksjon psykoser. Miljøterapien er tilpasset de ulike diagnosegruppene behov. Begge seksjoner har turnus i form av bevegelig arbeidstid (BAT) som gir fleksibilitet til å fordele personalressurser utfra behov for pasientoppfølging som for eksempel undervisningsgrupper. I begge seksjoner samarbeider miljøterapeuter og pasientansvarlige behandlere tett for å kunne gjennomføre kognitiv miljøterapi og skape et godt terapeutisk miljø. I tillegg behøves et aktivt samarbeid med pasienten for å oppnå et best mulig resultat. Felles mål og tiltak for behandling er definert i behandlingsplan i pasientens journal. Pasienten får en kopi av behandlingsplanen.

Moderne miljøterapi kan ses på som samspill på et medmenneskelig, respektfullt grunnlag. Miljøterapi bygger på den grunnleggende antagelsen om at hele institusjonen, ikke bare medisin, frisk luft,

meningsfulle aktiviteter, fysisk aktivitet, psykoterapi med mer påvirker pasientens holdninger og atferd. Et annet fellestrekk for alle former for miljøterapi er at de bygger på humanistiske idealer og en oppfatning av at mennesker lever i relasjoner, ikke som «isolerte øyer». (Thorgaard og Haga 2006. s. 126)

I KT legges det spesiell vekt på måten vi tenker og handler, og hvordan det kan påvirke følelser og utløse kroppslige reaksjoner hos oss. Kognitiv terapi fokuserer på å styrke pasientens egne ressurser, gir problemløse og symptomreduksjon. Hypotesen er at atferd og følelser påvirkes av hvordan vi oppfatter og tolker hendelser. Det er ikke en spesiell situasjon som bestemmer hva vi tenker, gjør eller kjenner, men måten vi konstruerer situasjonen på. Sentrale begrep i KT er tidligere erfaringer, negative grunnleggende leveregler, negative automatiske tanker, ubehagelige følelser, utløsende situasjoner og atferd. Kognitiv miljøterapi er i følge Holm og Oestrich(2007) en aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukativ og dynamisk behandlingsform. Den kognitive behandlingsmodellen i miljøet gir pasienten mulighet for å finne alternativer til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre og utvikle nye ferdigheter.

Mens KT tradisjonelt har vært en individuell behandlingsform benyttet i samtalerommet mellom terapeut og pasient, har man i KMT tatt grunnleggende elementer fra KT og benyttet disse i miljøterapien. Det betyr at KMT i større grad gir en mulighet for å utnytte «de gyldne øyeblikk» i hverdagsituasjoner. Mange pasienter synes det kan være vanskelig å hente opp erfaringer de gjør seg i hverdagen når de har avtaler med sin behandler. I KMT er aldri den kognitive terapeuten langt unna, og situasjoner som oppstår kan utnyttes der og da. Man kan kartlegge reaksjoner og utnytte hverdagsituasjoner til å øve



Foto: Privat

■
Av Asbjørn Johansen,
 spesialergoterapeut, fagkoordinator med miljøterapeutansvar og spesifikke ergoterapeutoppgaver

gir nye muligheter

på individuelle kognitive problemstillinger. En pasient har gitt følgende eksempel på dette:

«Jeg var ute og gikk tur da jeg plutselig merket at hjertet slo kraftig. Jeg trodde jeg skulle dø. Fysioterapeuten som gikk sammen med meg spurte om jeg hadde drevet med idrett tidligere, og om jeg husket hvordan hjertet reagerte da. Da kom jeg på at pulsen naturligvis slår hardere når jeg er aktivitet. Jeg tenkte meg om og skjønnte at pulsen hadde økt fordi vi nettopp hadde gått opp en bakke. Dessuten vet jeg jo at jeg er i dårlig fysisk form. Denne oppdagelsen gjorde at redselen slapp.»

Likheter

KMT gir, slik vi ser det, en ramme og et språk til hjelp i samarbeidet med pasienten uavhengig av diagnose og spesifikke problemområder. Pasienter med ulike diagnoser, for eksempel angst, depresjoner og psykoser, har nytte av å jobbe strukturert med kognitiv tilnærming. Uansett diagnose fokuserer KT og KMT på pasientens tankemønstre og tolkninger. Utfordringen er å tilpasse den kognitive tilnærmingen til pasientens individuelle behov.

Seksjonene har samme forståelse av den kognitive terapeutens rolle i miljøterapien. Denne skal være en aktiv deltager i samtalen. Dette innebærer å informere, forklare, gi råd og stille konkrete spørsmål til pasienten. Terapeuten skal være klar, tydelig og enkel å forholde seg til. Behandlingsalliansen er sentral i kognitiv terapi, og

pasienten må være engasjert og aktivt deltagende i behandlingen om man skal oppnå resultater. I tillegg må målet det skal arbeides mot være tydelig og klart definert. Pasienten støttes i å mestre sine problemer og de utfordringer han står overfor. Han trenger hjelp til å forandre på uohensiktsmessige handlinger og tankemønstre, som både kan være resultat av og årsak til problemer. Terapeuten skal observere uten å tolke, men forsøke å forklare hva som skjer og hvorfor, slik at terapien blir forståelig for pasienten. Vi ønsker at pasienten blir en aktiv problemløser og medarbeider i behandlingen.

I begge seksjoner vektlegges betydningen av det faste aktivitetsprogrammet. Begge avdelinger har blant annet psykoedukative grupper, fysisk aktivitetsgruppe og friluftsgruppe. Disse aktivitetene inngår i en fast ukeplan som også omfatter døgnsstruktur og måltid. Planen gir forutsigbarhet og regelmessighet. Til tross for seksjonenes ulike innhold og struktur, er hensikten den samme. Alle faste aktiviteter skaper en arena for å arbeide med konkrete individuelle utfordringer. En pasient beskrev det slik:

«Jeg har ligget mye til sengs i det siste på grunn av angst, triste følelser og mangel på overskudd. Under innleggelsen ble vi enige om å prøve å normalisere døgnrytme og måltid, og arbeide med kognitive teknikker jeg har lært tidligere. Jeg skulle trene på å stå opp til frokost, spise og drikke litt til alle måltid og delta i postens program. Dette fikk jeg til ganske bra etter hvert, med støtte fra personalet. Da vi

POSITIV HJELPER: Miljøpersonalet skal hjelpe pasienten til selv å finne løsninger på problemer. Foto: Colourbox.

senere laget en oversikt over konsekvensene på tavla, ble jeg overrasket over hvor positivt en enkelting som mat og en normal døgnrytme virket inn på hverdagen min. Nå har jeg mye mer overskudd til å gjøre litt husarbeid, være sammen med familien min og besøke venner. Dermed får jeg trent på å omgås andre, gå i butikker og den slags. Angst, nedstemthet og skyldfølelse plager meg mindre nå.»

I litteraturen vektlegges behov for innslag av psykoedukasjon som en sentral brikke i KMT (Holm, Oestrich m.fl. 2007). Begge seksjoner har undervisning/psykoedukative grupper som et fast innslag på ukeplanen hver uke. Hensikten er å formidle kunnskap om psykiske lidelser og grunnprinsipper i KT. Vi foreslår nye og hensiktsmessige løsningsstrategier, og lar pasientene dele erfaringer og lære av hverandre. Fokus er å utforske alternative løsninger som kan bidra til hensiktsmessige endringer hos den enkelte pasient. Det er de samme erfarne miljøterapeutene som har undervisningen fra gang til gang. Vi benytter visuelle læringshjelpemidler, som whiteboard og powerpoint, i tillegg til enkelte kognitive verktøy (ABC modellen, 5-kolonne skjema og den kognitive diamant). Det gir oss muligheter for å vise film, lysbilder eller illustrere tema ved å skrive på tavla. Vi deler også ut kurspermer med «hand-outs» til hvert emne. Undervisningsdagene avsluttes alltid med en hjemmeoppgave til neste gang, slik at pasientene kan trene daglig på kognitive prinsipper de har lært. Disse fellesnevnerne skal bidra til å øke effekten av undervisningen ved å stimulere til økt deltagelse og engasjement hos pasientene.



UT PÅ TUR: Fysisk aktivitet er viktig, og pasientene er med i aktivitetsgruppe. Foto: Colourbox

Grunnlaget for undervisningen er lik ved Seksjon allmennpsykiatri og Seksjon psykosjer, men gjennomføres forskjellig ut fra pasientenes spesifikke behov. Slik oppnår vi best mulig effekt av psykoedukasjonsgruppene. Vi ønsker at personalet skal møte pasientene med en kognitiv tilnærming i ulike situasjoner til alle døgnets tider. Miljøpersonalet skal ikke nødvendigvis ha svar på pasientens spørsmål eller finne løsninger på alle problemer, men hjelpe pasienten til selv å finne fram til svaret.

Ulikheter

Seksjonene baserer sin KMT på de samme teoretiske rammene. Liggetiden ved Seksjon allmennpsykiatri er kort, bare 14-21 dager. Seksjon psykosjer har en gjennomsnittlig liggetid på cirka 50 dager. Problematikken er ulik, fra lettere psykiske lidelser til mer alvorlige. Skal vi oppnå hensiktsmessig behandling for de forskjellige gruppene krever det ulik tilnærming. Sentrale faktorer som styrer utformingen av KMT er symptomtrykk og kognitiv fungering. Ved Seksjon allmennpsykiatri kan en stille en del krav til struktur, oppmøte og deltagelse fordi pasientene fungerer relativt godt kognitivt. Ved Seksjon psykosjer er det større behov for å tilpasse utfordringene ut fra hvilken fase pasienten er i. Ikke alle er i stand til å delta i organiserte grupper, men krever individuell oppfølging. Uansett er det en stor fordel at miljøterapeuten er fleksibel og kan benytte spontane intervensjoner.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan ha redusert innsikt i egen sykdom. En varierende andel av pasientene ved Seksjon psykosjer er under tvangsbehandling. Erfaringene våre er at KMT fungerer også når pasienten ikke mottar behandling frivillig. Ofte er de symptomrelaterte temaene (som vrangforestillinger) sensitive i en akutfase. I en startfase kan slike tema ofte bli for utfordrende å jobbe kognitiv med. Pasient og terapeut kan likevel bli enige om andre problemområder det kan samarbeides om. En allianse kan bygges omkring tema som ikke berører pasientens motstand og innsikt. For eksempel kan en psykotisk pasient oppleve forholdet til familien sin som vanskelig, uten at han har innsikt i egne symptomer. Arbeidet med pasientens opplevde familiekonflikter kan i slike tilfeller bidra til en samarbeidsallianse som kan gi den nødvendige trygghet for å gå videre med mer grunnleggende problemer. Arbeid med kognitive metoder rundt tema pasienten selv har valgt, bør være første del av engasjerings- og sosialiseringfasen i kognitiv terapi. I denne fasen gis pasientene

en mulighet til å oppdage den positive effekten en kognitiv tilnærming kan ha. I Seksjon allmennpsykiatri kan en oppnå engasjement hos pasienten i løpet av få undervisningstimer. Seksjon psykosjer opplever imidlertid at det er hensiktsmessig å bruke lengre tid, både i undervisningsrommet og i hverdagsituasjoner, for at mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal engasjeres og se nytteverdien med denne metoden.

Seksjon allmennpsykiatri har to psykoedukaive grupper hver uke, hver på 45 + 30 minutter, med 15 minutters pause. Gruppene er lagt opp som kurs i kognitiv terapi med gruppeterapeutisk tilnærming. Eksempler på tema er angst, depresjon, fysisk aktivitet og søvnproblematikk. De to første undervisningsdagene omfatter en enkel opplæring i kognitiv teori, ulike teknikker og hjelpemidler. Videre undervises det om kognitive modeller for angst og depresjon, i tillegg til metoder for mestring av symptomer (f.eks; «Flash-cards,» beredskapsplan og tips til forebygging av tilbakefall).

Seksjon psykosjer har valgt å avgrense undervisningen til en dag i uka med en varighet på 30 minutter. Dette er av hensyn til pasientgruppens symptomtrykk og kognitive fungering. Av samme grunn er innholdet i undervisningen begrenset. Fokus er på visualisering og refleksjon omkring tema det undervises i. Dette gjøres for å skape engasjement og deltagelse i pasientgruppen. Temaene er grunnleggende kognitiv terapi, kognitive verktøy og motivasjon for endring. Dette fordeles på fem sesjoner. En pasient forteller om følgende erfaring:

«Det var tøft å møte i gruppa, og veldig tøft å fortelle om mine problemer. De forferdelige stemmene var en svært privat ting å snakke om. Når jeg først fortalte om dette og fikk høre at en til i gruppa hadde nesten lignende stemmer ble jeg overrasket. Jeg trodde ikke at andre hadde det slik. Det ble lettere å snakke om det samtidig som han andre hadde kloke tanker om sitt lignende problem. Temaet denne dagen var ABC-modellen der vi skulle beskrive en vanskelig situasjon. Det ble til at vi diskuterte min situasjon, og det var veldig nyttig.»

Sammensetningen av pasientgruppen som skal delta bør vurderes. I Seksjon psykosjer vurderer behandlingsteamet om pasienten skal få tilbud om deltagelse eller ikke. Vi ser at gruppen ikke bør være for stor, da det kan gjøre situasjonen uoversiktlig. I Seksjon allmennpsykiatri erfarer vi at pasientene tåler større grupper bedre, og alle pasientene som har mulighet deltar. Utfordringen blir i stedet å sørge for at alle deltagerne får komme med innspill.

Hjemmeoppgaver er sentralt i begge seksjoner men pasientenes behov for oppfølging varierer. Som hovedregel kan man si at mennesker med lette psykiske lidelser er i stand til å jobbe mer selvstendig med hjemmeoppgavene enn de med alvorlige lidelser. Seksjon psykosjer møter denne utfordringen ved å gi ekstra støtte til gjennomføring av hjemmeoppgaver. Det gjøres ved å sette av fast tid til dette i pasientens ukeplan. Vi ser at effekten av undervisningen øker når vi bruker nok ressurser på veiledning og støtte til gjennomføring av hjemmeoppgavene.

Erfaringer fra implementeringsprosessen

Skal man lykkes med omstrukturering av miljøterapeutisk retning i en sengepost, er det avgjørende med forankring i ledelsen. Det må tas en avgjørelse på hva enheten ønsker å oppnå. Videre må det legges til rette for kunnskapsøkning i personalgruppa. Vi har erfart nytten av ildsjeler som brenner for temaet, og som motiverer og veileder i hverdagens utfordringer.

I implementeringsfasen er påfyll av kunnskap i

«Kognitiv miljøterapi øker pasientens mulighet for selvstendighet og delaktighet i behandlingen.»

alle ledd av organisasjonen avgjørende. Begge seksjoner har prioritert å gi Norsk Forening For Kognitiv Terapis innføringskurs til mange medarbeidere. Tidligere erfaringer har vist at det kan oppstå behov for kunnskap utover innføringskurset på spesifikke tema, for eksempel KT ved psykosjer. Vi mener dette handler både om en kognitiv forståelse av psykotiske symptomer og en annen innfallsvinkel til den kognitive miljøterapien. Seksjon psykosjer har sett at medarbeidere med gjennomført påbyggende kurs i psykosjerproblematikk kom lettere i gang med kognitiv terapi enn de som bare hadde innføringskurs.

Blant faktorer som har hatt stor betydning for implementering av KMT mener vi psykoedukaivonsjonsgruppene har vært viktig. Gruppenes betydning som implementeringsverktøy kan beskrives utfra forskjellige erfaringer. Vi ser en tendens til at de av personalet som er kursledere også jobber mer kognitivt rettet med pasienten i det daglige. De får en motivasjons- og veilederrolle i forhold til de av personalet som er mer usikker i bruk av kognitive

verktøy. Seksjon allmennpsykiatri praktiserer at to til tre ansatte til enhver tid kan være observatører i de psykoedukative gruppene. Dermed brukes gruppene også til opplæring av ansatte, både fra egen og andre seksjoner. Summen av dette er at personalet i avdelingen får en økt kollektiv bevissthet om det å jobbe ut fra prinsippene i KMT. Vi mener også at fordeling av undervisningsansvar for de kognitive gruppene på flere medarbeidere er hensiktsmessig. Det gjør avdelingen mindre sårbar enn om ansvaret legges på svært få personer.

Gjennom denne prosessen har vi oppdaget flere ting, blant annet at det å «jobbe kognitivt» ikke innebærer store omveltninger i forhold til hvordan vi har arbeidet tidligere. KMT er også en eklektisk modell, som setter elementer fra flere metoder inn i en helhetlig ramme. Oppdagelsen av at dette er kjente arbeidsmetoder gjør at motivasjonen for å fortsette øker. Utfordringen blir i hovedsak å bruke velkjent kunnskap i en ny sammenheng. Vi ser først og fremst tre viktige endringer som følge av implementeringen av KMT:

1) Pasientperspektivet. Vi ser tydelig at KMT øker pasientens mulighet for selvstendighet og delaktighet i behandlingen. Pasientens opplevelse av egen situasjon er utgangspunktet for behandlingen. Et godt resultat er avhengig av pasientens deltagelse og alle tiltak som skal medføre endring krever samarbeid.

PASIENT: Før har jeg hatt en del innleggelse på sykehus og prøvd forskjellige metoder mot depresjon og angst med lite hell, får en si. Det har gått ut på samtalerterapi, gruppeterapi, arbeidsstue og fysisk aktivitet. Nå har jeg begynt å få tak på tanker og følelser og fått satt det i et system på et vis. Dette har hjulpet meg igjennom sykdomsperioder.

2) Endringsperspektivet står sterkt i KMT. Alle intervensjoner rettes mot at pasientene kan foreta avgjørende endringer i sin være – og tenkemåte, noe som øker evnen til å håndtere utfordringene de har.

PASIENT: Den kognitive modellen er det som har hjulpet meg til å tenke annerledes og vært nøkkelen for meg. Når jeg har løst et problem, så oppdager jeg også løsningen på mange andre små dagligdagse problemer som betyr så mye for meg i hverdagen.

Jeg bruker 5 kolonneskjemaet og «Flash-cards» ofte. Tidligere brukte jeg det i papirform, men nå har jeg det i hodet. Dette hjelper meg til en helt ny tenkemåte. Før var jeg «jævlig ensporet», hektet meg opp i den første tanken jeg fikk. Uten «nøkkel» fant jeg ingen alternativ. Nå finner jeg straks en alternativ løsning.

3) Dempe ubehag. Der man tidligere hadde som mål å fjerne symptomer og plager, tenker vi nå at ubehag kan dempes og håndteres på en mer hen-

TILSTEDEVÆRENDE TERAPEUT:

I kognitiv miljøterapi kan terapeuten utnytte situasjoner som oppstår der og da, for eksempel om pasienten skulle oppleve angst når de er ute på tur. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



siktsmessig måte av pasienten selv. Til det behøves ulike mestringsstrategier og alternative tenkemåter som det må trenes på.

PASIENT: Målsetting er viktig for meg. Jeg må huske på å lage meg små, konkrete delmål. Målene må ikke være for ambisiøse! Det har jeg brent meg på mange ganger. En ting kan være et mål om å kjøpe blomster til leiligheten. Da må jeg vanne og stelle blomstene, så blir det trivelig å være der. Jeg kjøpte en godstol også, så jeg kunne se på tv. Dermed kunne jeg prate med folk om det som gikk på tv. Det ble trivelig å være sammen med folk og naturlig å rydde og vaske i leiligheten til helga.

Mange små delmål og gjøremål har til sammen skapt trivsel der jeg bor.

Disse tre faktorene betyr at vi som terapeuter må gi fra oss en del kontroll i behandlingsprosessen. Vi opplever det svært givende å se at pasienten blir mer deltagende i behandlingen. Ofte handler den innledende fasen i behandlingen om at pasient og terapeut må avklare sine perspektiv på pasientens situasjon. Tanker om hva som kan være riktig behandling må også diskuteres. Til slutt må pasient og behandlere enes om en felles målsetting å arbeide mot. KMT gir oss en felles plattform som lar pasientene beskrive sin situasjon i et språk som personalet forstår. Et felles språk letter samarbeidet. Alliansen styrkes når pasient og behandler har en opplevelse av å forstå problemet på samme måte. Psykoedukasjonsgruppene gir oss verktøy som pasient og terapeuter kan benytte i fellesskap. KMT legger til rette for at pasient og terapeut kan lage et felles prosjekt å samarbeide om, nemlig økt livskvalitet og bedre symptommestring for pasienten:

«Hvis jeg lykkes med «kognitiv terapitenkning» slik jeg har lært, så holder jeg meg stabil og finner lettere løsninger på problemer. Da tar jeg også medisinen min og holder avtaler med for eksempel ansvarsgruppa i kommunen. Det er med på å holde meg stabil, og da greier jeg å fortsette med «kognitiv terapitenkning». Problemet oppstår hvis jeg får sykdomsperioder og faller ut av den gode sirkelen min. Da vet jeg at jeg snarest mulig må få hjelp til å komme meg inn dit igjen.

Veien videre

Våre erfaringer med KT og KMT er positive. Samtidig ser vi utfordringer og forbedringspotensial. Kravet til individualisert tilnærming krever mer

ressurser fra personalet enn det en fast undervisningspakke gjør. Det betyr at vi må være gode til å fange opp de som trenger ekstra oppfølging. Dette gjelder ofte i engasjerings- og sosialiseringssfasen, men også overfor pasienter som har et for stort symptomtrykk. De kan likevel delta i gruppene for fellesskapets del, og tilbys et nytt opphold senere når de fungerer bedre kognitivt og kan konsentrere seg om innholdet i undervisningen.

Vi har oppdaget at en god kognitiv utredning er nyttig med tanke på å kartlegge pasientenes forutset-

«Våre erfaringer med kognitiv terapi og kognitiv miljøterapi er positive.»

ninger for å kunne ta i bruk KT. Herunder kommer vurdering av pasientens evne til sykdomsinnsett.

Mange av våre pasienter har oppfølging fra hjemkommunene utenom innleggelsene. Noen trenger videre veiledning i det kognitive arbeidet de har begynt på under innleggelsen. Vi ser en forbedringsmulighet i at flere i det kommunale hjelpeapparatet får kjennskap til KT. De som allerede har innføringskurset, men som ikke bruker det, bør få støtte til å komme i gang. Dermed vil pasienten kunne sikres kontinuitet og forutsigbarhet i arbeidet med å nå sine målsettinger, både i sin hjemkommune og under innleggelse i sykehus. ■

Litteratur:

- Beck, J. S. (1995) Cognitive Therapy. The Guilford Press
- Berge, T., Repål, A. (2008) Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Berge, T., Repål, A. (2004) Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Holm, L., Oestrich, I. H., Austin, S., Beck, S., LaCour, L. L. & Lykke, J. (2006) Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde. Virum: Dansk psykologisk forlag a/s.
- Lykke, J. & Oestrich, I. H. (2006) Kognitiv miljøterapi manual til personalet. Virum: Dansk psykologisk forlag a/s.
- Simonsen, Inge E. (2007) Kognitiv miljøterapi og erfaringslæring. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Nr 44, s 1340-49.
- Thorgaard, L. og Haga, E. (2006) Relationsbehandling i psykiatrien, bind 1. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi. Hertevig Forlag, Stavanger/ Psykinfo Forlaget Risskov.
- Wright, J.H., Thase, M. E., Beck, A.T. & Ludgate, J.W. (1993) Cognitive therapy with inpatients- developing a cognitive milieu. New York: The Guilford Press.

Artikkelen ble trykket første gang i Tidsskrift for Kognitiv Terapi nr 3, 2011.