

**PANIIKKIHÄIRIÖN KOGNITIIVIS-KONSTRUKTIIVINEN RYHMÄMUOTOINEN TERAPIA: Behavioraalisesta näkökulmasta kohti konstruktivistista näkemystä**

**Jonna Ahlfors**

**Kati Saksholm**

**Pro gradu -tutkielma**

**Ohjaaja Antero Toskala**

**Kevät 1997**

**Jyväskylän yliopisto**

**Psykologian laitos**

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessamme selvitetään kognitiivis-konstruktivisen ryhmämuotoisen terapian tehokkuutta paniikkihäiriön hoidossa. Tarkastelimme muutoksia oireissa, uskomuksissa ja skeema-alueissa. Pyrimme myös selvittämään sitä, mistä tutkittavat kokivat erityisesti hyötyvänsä terapiassa. Lisäksi tutkimme kyselylomakkeiden välisiä korrelaatioita. Terapiaryhmän muodosti kahdeksan paniikkihäiriöstä kärsivää henkilöä. Tutkimuksessamme oli myös seurantamittaus puolen vuoden kuluttua terapian päättymisestä. Kvantitatiivisina tutkimusmenetelminä käytimme paniikkiasteikkoa, Panic Belief Questionnairea (PBQ) sekä skeemakyselylomaketta ja kvalitatiivisina tutkimusmenetelminä konstruktiolomaketta sekä nauhoitettuja terapiaistuntoja. Suomensimme PBQ:n ja keräsimme sille suomalaisen vertailuaineiston. Kehitimme kyselylomaketta luokittelemalla uskomusväittämät kolmeen, tutkimuksemme kannalta tarkoituksenmukaiseen skaalaan. Tutkimustulokset osoittavat, että paniikkihäiriöiset hyötyivät kognitiivis-konstruktivisesta ryhmäterapiasta erityisesti skeematasolla. Positiiviset muutokset ilmenivät kuitenkin vasta seurantamittauksessa skeema-alueilla ”autonomia”, ”yksilöitymisen puute” ja ”häpeä”. Tulokset olivat vähintään tilastollisesti melkein merkitseviä. PBQ:n skaalassa ”uskomukset suhteessa itseen/omiin tunteisiin” summapistemäärä oli pienentynyt, tulos on suuntaa antava. Sen sijaan skaaloissa ”uskomukset suhteessa paniikkiin/fyysisiin oireisiin” ja ”uskomukset suhteessa muihin ihmisiin/turvakohteeseen” ei muutosta ollut tapahtunut. Paniikkiasteikon perusteella totesimme, ettei paniikkiin liittyvissä oireissa ollut muutosta tapahtunut. Konstruktiolomakkeista kartoitimme tutkittaville uhkaavia tilanteita sekä niihin liittyviä tunteita, ajatuksia ja kehollisia tuntemuksia. Nauhoitettujen terapiaistuntojen pohjalta totesimme, että tutkittavat olivat hyötäneet terapiasta henkilökohtaisella tasolla. Useimmat olivat saaneet lisää ymmärrystä paniikkihäiriöön ja välineitä ratkoa itsenäisesti ongelmiaan.

Avainsanat: paniikkihäiriö, kognitiivis-konstruktivinen terapia, ryhmämuotoinen terapia, terapian tuloksellisuus, foobinen merkitysorganisaatio, kvalitatiivinen tutkimus

## **ABSTRACT**

The purpose of our study was to explore effectiveness of cognitive-constructive group therapy when treating people with panic disorder. We examined changes in clients' symptoms, beliefs and schemas. We also tried to clarify which aspects the clients experienced the most beneficial in therapy. The correlations between questionnaires were also studied. The therapy group consisted of eight participants. There was also a half year follow-up in our study. Quantitative methods were Panic Scale, Panic Belief Questionnaire and The Schema Questionnaire. We also used qualitative methods like Construct Questionnaire and recorded therapy sessions. We translated PBQ into Finnish and collected a Finnish control group. We also developed the questionnaire by classifying beliefs into three scales, which we found appropriate for our study. The results indicated that panic disorder patients benefitted from cognitive-constructive group therapy, especially concerning schemas. But, positive changes did not emerge until the follow-up in schema-areas those being "autonomy", "lack of individualization" and "sense of shame". The results were at least statistically almost significant. In PBQ scale "beliefs concerning oneself/one's own emotions" the sum of scores were decreased, the result was only indicative. Instead, scales concerning "beliefs related to panic attacks/physical symptoms" and "beliefs concerning other people/shelter" there were no changes. On grounds of Panic Scale we found that there were no changes in panic symptoms. From Construct Questionnaire we examined threatening situations for clients and also arising emotions, thoughts and physical symptoms. From the recorded therapy sessions we found out that clients had benefitted from the therapy in personal level. Most of them had received more and deeper understanding in regard to panic disorder and also more tools to solve their problems autonomously.

**Key words:** panic disorder, cognitive-constructive therapy, group therapy, effectiveness of therapy, phobic meaning organization, qualitative study

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	1
<b>2 TUTKIMUSMENETELMÄT</b> .....	5
2.1 Tutkimushenkilöt .....	5
2.2 Menetelmät .....	5
2.2.1 Paniikkiasteikko .....	5
2.2.2 Panic Belief Questionnaire (PBQ) .....	6
2.2.3 Skeemakyselylomake .....	7
2.2.4 Konstruktiolomake .....	7
2.2.5 Nauhoitetut terapiaistunnot .....	8
2.3 Tutkimuksen kulku .....	8
2.4 Tilastolliset analyysit .....	9
2.5 Laadullinen analyysi .....	9
<b>3 TULOKSET</b> .....	10
3.1 Paniikkiasteikko .....	10
3.1.1 Terapiaryhmän mittausten vertailu .....	10
3.1.2 Terapiaryhmän ja vertailuryhmien tulosten vertailu .....	11
3.1.3 Muutosten tarkastelu yksilöittäin .....	13
3.2 Panic Belief Questionnaire (PBQ) .....	13
3.2.1 Terapiaryhmän mittausten vertailu .....	13
3.2.2 Terapiaryhmän ja vertailuryhmän tulosten vertailu .....	14
3.2.3 Muutosten tarkastelu yksilöittäin .....	15
3.3 Skeemakyselylomake .....	16
3.3.1 Terapiaryhmän mittausten vertailu .....	16
3.3.2 Terapiaryhmän ja vertailuryhmän tulosten vertailu .....	18
3.3.3 Muutosten tarkastelu yksilöittäin .....	20
3.4 Kyselylomakkeiden väliset korrelaatiot .....	21

3.5 Laadullinen analyysi .....	21
3.5.1 Konstruktiolomake .....	21
3.5.2 Ääninauhojen analyysi .....	22
<b>4 POHDINTA .....</b>	<b>26</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>30</b>
<b>LIITTEET .....</b>	<b>34</b>

# 1 JOHDANTO

DSM-IV -luokituksen mukaan paniikkihäiriö kuuluu ahdistushäiriöihin. Paniikkihäiriössä voimakkaat paniikkikohtaukset aiheuttavat monenlaisia somaattisia ja kognitiivisia oireita, jotka rajoittavat henkilön jokapäiväistä elämää. Paniikkikohtaukseen liittyy voimakasta pelkoa kontrollin menettämisestä ja kuolemasta. Moreau ja Weissman (1992) sanovat, että paniikkihäiriön diagnoosi on noin 3.6 %:lla ja todella vaikea paniikkihäiriö 1,6 %:lla väestöstä. Von Korffin ja Eatonin (1989) mukaan paniikkihäiriö määritellään ihmisen psykofysiologisten, kognitiivisten, emotionaalisten ja behavioraalisten tekijöiden kokonaisuudeksi, joka luokitellaan psykologiseksi häiriöksi vasta, kun kaikki tekijät ilmenevät yhdessä ja toistuvasti. DSM-IV erottaa paniikkihäiriön, johon liittyy agorafobia ja paniikkihäiriön, johon välttämiskäyttäytymistä ei liity.

Paniikkihäiriön synnyssä voidaan erottaa biologiset ja psykologiset tekijät. Mitään selvää yksittäistä paniikkihäiriön syntyyn liittyvää biologista selitystä ei ole pystytty esittämään (Gelder, 1991; Lepola, Jolkkonen & Riekkinen, 1989). Useimmat biologiset tekijät voidaankin selittää välittävillä psykologisilla tekijöillä, jolloin henkilön tulkinta tilanteesta on oleellinen (Clark, 1986; Westling & Öst, 1992).

Guidanon ja Liottin (1983) mukaan kognitiivis-konstruktivisesta näkökulmasta tiettyjen kognitiivisten rakenteiden nähdään olevan ihmisen ongelmien kannalta keskeisempiä kuin toisten. Kelly (1955) käyttää näistä rakenteista nimitystä konstruktio, jolla tarkoitetaan ajatusrakennelmaa, jonka kautta ihminen tulkitsee, tarkastelee ja ennakoii ympäröivää todellisuutta ja vuorovaikutustaan siinä. Guidano ja Liotti (1983) ovat esittäneet kognitiivis-konstruktivisen mallin psyyken hierarkkisesta jäsentymisestä, jonka mukaan ihmisen kehittyessä on rakentunut vähitellen yhä parempia sisäisiä malleja, jotka ovat mahdollistaneet uudenlaista adaptaatiota. Minä ymmärretään olevan eri tasoista rakentuva systeemi, jossa kaikki omaa minää koskeva tieto on yhteydessä ulkomaailmaa koskevaan tietoon ja päinvastoin. Ihmisen psyykessä erotetaan sanaton, suojaava ja pintataso. Guidano (1991) erottaa minätunteessa subjektiivisen ja objektiivisen puolen eli kokevan ja selittävän minän; kokeminen ja selittäminen

ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Toskala (1991) sanoo psyyken toimivan jatkuvuuden ja pysyvyyden säilyttämiseksi, joten ei ole perusteltua olettaa psyyken syvimpien muutosten tapahtuvan lyhyessä ajassa.

Keskeisiä käsitteitä kognitiivisessa terapiassa ovat automaattiset ajatukset, skeemat tai konstruktiot ja kognitiiviset vääristymät. Beckin (1995) mukaan eri häiriöissä tiedonprosessoinnissa on vinoumia, jotka aiheuttavat dysfunktionaalista käyttäytymistä. Robins ja Hayes (1995) sanovat, että psykopatologian kognitiiviset teorit painottavat emotionaalisista häiriöistä kärsivien henkilöiden tietynlaisia konstruktioita, jotka johtavat heidät havaitsemaan tilanteet vaarallisina tai itselle uhkaavina. Psykopatologian konstruktivistisen näkökulman mukaan yksilön vääristyneet varhaiset kokemukset rakentuvat epä johdonmukaisesti sanattomaan minätietoon (Guidano, 1984).

Paniikkihäiriötä selitetään erilaisten mallien avulla. Barlowin (1988) ehdollistumismallissa korostetaan todellisten, väärin ja opittujen hälytysten merkitystä paniikkihäiriön synnyssä. Väärin hälytysten ja somaattisten vihjeiden assosiaation on todettu olevan tärkeä paniikkihäiriön kehittymisessä; paniikkihäiriöinen ehdollistaa pelkoa fysiologisiin ärsykkeisiin. Clarkin (1986) kognitiivisen mallin mukaan paniikkia aiheutuu ainoastaan, jos keholliset tuntemukset tulkitaan katastrofaalisesti eli ne havaitaan paljon vaarallisempina, kuin mitä ne todellisuudessa ovat. Pelkotila, keholliset tuntemukset ja niiden tulkinta muodostavat noidankehän, joka lopulta saavuttaa huippunsa paniikkikohtauksena. Beck (1985, 1988) sanoo paniikkikohtauksiin liittyvän avuttomuutta vaaran kohdatessa; oman alttiuden pelko toimii vuorovaikutuksessa psykologisten ja emotionaalisten reaktioiden kanssa muodostaen noidankehän.

Margrafin ja Ehlersin (1989) psykofysiologisen mallin mukaan paniikkikohtaus selitetään sisäisten ja ulkoisten vihjeiden ja havaitun välittömän uhkan välisenä assosiaationa. Tutkijat korostavat positiivisen ja negatiivisen palautemekanismin merkitystä paniikkihäiriön taustalla. Positiivisen palautteen komponentteja ovat fysiologiset, kognitiiviset ja emotionaaliset reaktiot, jotka vaaraan liitettynä aiheuttavat paniikkia. Negatiivinen palautemekanismi, esimerkiksi tottuminen, yhdessä hallintakeinojen kanssa pyrkii vähentämään ahdistuneisuutta. Ley (1989, 1992) sanoo, että katastrofaalisten kognitioiden sijaan hyperventilaatiopaniikkikohtausten taustalla olisikin dyspneapelko eli hengenahdistuspelko. Hänen mukaansa hyperventilaatiosta

johtuva aivojen hapenpuute olisi yksi kausaalinen tekijä katastrofaalisten kognitioiden taustalla.

Paniikkihäiriötä voidaan konstruktivistisesta näkökulmasta selittää kehityksellisen mallin, foobisen merkitysorganisaation avulla. Vanhempien kiintymykselle on luonteenomaista lapsen autonomisen, sisäsyntyisen tutkivan käyttäytymisen estäminen joko ylisuojelun tai turvattomuuden kautta (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983). Guidanon ja Liottin mukaan vääristynyt lapsi - vanhempi-suhde ja ahdistunut liittyminen ovat olennaisia. Yksilö rakentaa jäykän asenteen itseään kohtaan kontrolloiden pienintäkin heikkoutta itsessään. Tutkivan käyttäytymisen estyminen ja tunteiden rajoittaminen johtavat yksilön paikallistamaan emotionaalisen ahdistuneisuuden minän fyysisiin puoliin (Guidano, 1987). Guidano ja Liotti sanovat, että foobikon rakentama tasapainotila järkkyy hyvin helposti hänen kohdatessa tilanteita, joissa vapauden/riippumattomuuden ongelma tulee esiin.

Kognitiivis-konstruktiiivisessa terapiassa keskitytään enemmän minuuden prosesseihin kuin muissa kognitiivisissa lähestymistavoissa. Toskalan (1991) mukaan kognitiivis-konstruktiiivisessä terapiassa pyritään varhaisten negatiivisten minäkuvien selkeyttämiseen, tiedostamiseen ja niiden oppimishistorialliseen ymmärtämiseen. Lisäksi pyritään lieventämään ristiriitaa varhaisten kielteisten minäkuvien ja persoonallisen identiteetin minäkuvien välillä. Terapiassa pyritään myös oppimaan erottelua varhaisten kielteisten minäkuvien ja aikuisuuden ihmissuhteiden välillä.

Paniikkihäiriön ryhmämuotoisessa kognitiivis-konstruktiiivisessä terapiassa ei kiinnitetä huomiota ryhmän dynamiikassa tapahtuviin muutoksiin, vaan jokaiseen henkilöön yksilöllisesti. Toskalan (1995) mukaan terapia aloitetaan sisäisten prosessien reflektoinnilla, jossa tarkastellaan sekä paniikkia laukaisevia tekijöitä että paniikkireaktion sisältämää prosessia. Sisäistä prosessia reflektoidaan kokemisen ja selittämisen dialogina. Tämän jälkeen pyritään persoonallisen merkitysorganisaation reformulaatioon tavoitteena nähdä ristiriidat ja uhat ihmissuhteissa. Ryhmässä on tavoitteena luoda yhteinen reformulaatio, joka kuvaisi kaikkien ryhmän jäsenten tapaa olla suhteessa itseen ja muihin. Seuraavaksi pyritään itselähtöisyyden tiedostamiseen eli siihen, että henkilö näkisi kokemisen itseen liittyvänä. Tavoitteena on uskaltaa kohdata henkilökohtaisia uhkakuvia ja ristiriitoja sekä miettiä uutta suhdetta omaan kokemiseen. Lopuksi historiallisen tarkastelun kautta pyritään henkilön persoonallisen merkitysorganisaation



ymmärtämiseen ja sen rakentumiseen liittyvien keskeisten kokemusten läpikäymiseen.

Kognitiivinen terapia on ollut erityisen tehokasta paniikkihäiriön hoidossa (Beck, 1995; Michelson & Marchione, 1991). Kognitiivisen terapian tehokkuutta on tutkittu käyttämällä yksinomaan kognitiivista terapiaa, kognitiivista terapiaa ja lääkehoitoa sekä vertailemalla kognitiivista terapiaa muihin hoitomuotoihin. Kognitiivinen terapia yksinomaan käytettynä on ollut tehokasta paniikkihäiriön hoidossa, ja tulokset ovat olleet suhteellisen pysyviä (Ollendick, 1995; Salkovskis, Clark & Hackman, 1991; Telch, Schmidt, LaNaeJaimez, Jacquin & Harrington, 1993, 1995). Tutkijat ovat eri mieltä kognitiivisen terapian ja lääkehoidon yhdistämisen tehokkuudesta. Sanderson ja Wetzler (1993) toteavat tutkimuksessaan, että yhdistelmähoito on tehottomampi kuin esimerkiksi kognitiivis-behavioraalinen terapia yksinään, kun taas Hegelin, Ravariksen ja Ahlesin (1994) mukaan yhdistelmähoito ei häiritse terapian tehokkuutta. Vertailtaessa kognitiivisen terapian tehokkuutta muihin hoitomuotoihin on todettu kognitiivisen terapian olevan vähintään yhtä tehokasta tai jopa tehokkaampaa kuin muut hoitomuodot (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992; Beck, Stanley, Baldwin, Deagle III & Averill, 1994; Öst & Westling, 1995). Kognitiivis-konstruktiiivisesta lähestymistavasta paniikkihäiriön hoidossa ei ole julkaistu tutkimuksia.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kognitiivis-konstruktiiivisen ryhmämuotoisen terapian tehokkuutta paniikkihäiriön hoidossa. Tarkastelemme muutoksia oireissa, uskomuksissa sekä skeemoissa. Laadullisen analyysin avulla selvitimme mistä tutkittavat kokivat terapiassa kaikkein eniten hyötyvänsä.

## **2 TUTKIMUSMENETELMÄT**

### **2.1 Tutkimushenkilöt**

Tutkimushenkilöinä oli kahdeksan paniikkihäiriöistä, joista naisia oli seitsemän ja miehiä yksi. He olivat iältään 25–50-vuotiaita (keski-ikä 38,1 vuotta). Tutkittavista yhdellä oli akateeminen koulutus, yhdellä keskiasteen koulutus ja kuudella ammatillinen koulutus tai ei koulutusta lainkaan. Paniikkihäiriön alkamisajankohta vaihteli ryhmässä suuresti. Tutkimushenkilöistä 50 %:lla sairastuminen oli tapahtunut alle kolme vuotta sitten, kun taas 50 %:lla sairastumisesta oli kulunut 10–30 vuotta. Vaihteluväli oli 1–30 vuotta. Myös paniikkihäiriön vaikeusaste vaihteli: kolme oli sairaseläkkeellä paniikkihäiriön takia ja loput viisi joko työssä tai työttömänä. Seitsemän kahdeksasta tutkimushenkilöstä käytti lääkitystä paniikkihäiriön oireiden ja ahdistuksen lievittämiseen. Lisäksi tutkimushenkilöistä kuusi sai myös yksilöterapiaa tai muuta vastaavaa hoitoa tutkimusjakson aikana.

### **2.2 Menetelmät**

#### **2.2.1 Paniikkiasteikko**

Paniikkihäiriön oireiden ja niissä terapian aikana tapahtuvien muutosten tutkimiseen käytimme 13-kohtaista, yksidimensionaalista paniikkiasteikkoa (ks. liite 1). Se on Koskivaaran ym. (1993) Helsingin yliopiston psykologian laitoksella kehittämä mittari, jonka tarkoituksena on tarkastella paniikkihäiriön fyysisiä ja kognitiivisia oireita DSM-III -luokituksen mukaisesti. Lisäksi mittarin avulla voidaan erottaa paniikkihäiriö muista psykiatrisista ahdistushäiriöistä. Paniikkiasteikon avulla henkilö arvioi omaa ahdistuneisuuttaan sekä sitä minkälaista ja minkä asteista se on arviointihetkellä tai on ollut pahimmillaan edeltävän viikon aikana. Vaihtoehdot

ovat 0 = ei, 1 = lievä, 2 = kohtalainen, 3 = vaikea ja 4 = erittäin vaikea. Maksimipistemääräksi tulee näin ollen 52. Pistemäärän mukaan paniikkihäiriöstä voidaan tehdä seuraavat luokitukset: mahdollinen paniikkihäiriö (15–18), paniikkihäiriö (19–25) ja vakava paniikkihäiriö (yli 25). Mittarin etuja ovat selkeys ja helppokäyttöisyys. Mittari on osoittautunut sisäisesti reliabeliksi, toisin sanoen sen osiot mittaavat kaikki samaa käsitettä ( $\alpha = .92$ ). Paniikkiasteikon on todettu korreloivan hyvin Hamiltonin ahdistusskaalan kanssa korrelaatiokertoimen vaihdella .53–.81. Myös ennustevaliditeetti on korkea, mitä osoittaa mittarin kyky sekä erotella paniikkihäiriöiset muista koehenkilöistä että sijoittaa heidät sattumanvaraista paremmin takaisin alkuperäiseen ryhmäänsä.

### **2.2.2 Panic Belief Questionnaire (PBQ)**

Paniikkihäiriöisten dysfunktionaalisten uskomusten ja niissä tapahtuvien muutosten tarkastelemiseen käytimme Beckin kehittämää kyselylomaketta, joka koostuu 42:sta uskomusväittämästä (ks. liite 2). Valitsimme tämän kyselylomakkeen tutkimukseemme, koska se selvittää uskomuksia nimenomaan paniikin suhteen; PBQ:n avulla selkeytetään henkilön vääristyneitä oletuksia paniikista ja ahdistuksesta. Vastaja arvioi omalta kohdaltaan näiden väittämien paikkansa pitävyyttä asteikolla 1–6, jossa vaihtoehdot ovat täysin erimieltä, melkoisesti eri mieltä, vähän eri mieltä, vähän samaa mieltä, melkoisesti samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Väittämät ovat esimerkiksi muotoa “Paniikkikohtausten saaminen tarkoittaa, että olen heikko, vajavainen tai huono”, “Paniikkikohtaus voi tappaa minut” ja “Kaukana kotoa tai turvakohteesta oleminen aiheuttaa kohtaukseni”.

Kyselylomakkeesta ei ollut saatavilla suomenkielistä versiota, joten suomensimme ja normitimme sen. Vertailuryhmänä toimi 40 suomalaista Jyväskylän avoimen yliopiston tietojärjestelmätieteiden approbatur -opiskelijaa. Sisällöllisesti ryhmittelimme kyselylomaketta jakamalla uskomusväittämät kolmeen skaalaan, jotta kyselylomakkeesta saataisiin spesifimpää tietoa uskomuksista suhteessa eri asioihin. Muodostimme seuraavat skaalat: “uskomukset suhteessa itseen/omiin tunteisiin” (väittämät 2, 6, 7, 9, 10, 11, 20, 26, 27, 28, 36, 38, 39 ja 40),

“uskomukset suhteessa paniikkikohtauksiin/fyysisiin oireisiin” (väittämät 1, 4, 5, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 34, 37 ja 42) sekä “uskomukset suhteessa muihin ihmisiin/turvakohteeseen” (väittämät 3, 13, 30, 31, 32, 33, 35 ja 41). Nämä skaalat mukailevat niitä perusteemoja, jotka Beckin ja Greenbergin (1989) mukaan voidaan tunnistaa kyselylomakkeen sisältämistä uskomuksista. Heidän mukaansa nämä kolme perusteemaa ovat haavoittuvuus, oireiden laajentuminen ja hallitsemattomuus.

### **2.2.3 Skeemakyselylomake**

Paniikkihäiriöisten minää koskevien skeemojen ja niissä tapahtuvien muutosten tutkimiseen käsitteellisellä tasolla eri minäskeema-alueilla käytimme Youngin (1990) kehittämää skeemakyselylomaketta (ks. liite 3). Lomake koostuu 123 väittämästä, joita vastaaja arvio asteikolla 1–6 vaihtoehtojen ollessa täysin, melkoisesti tai vähän eri mieltä sekä vähän, melkoisesti tai täysin samaa mieltä. Minäskeemat on jaettu viiteentoista skeema-alueeseen, joista on edelleen muodostettu kolme pääskaalaa: “autonomia”, “liittyneisyys” ja “itsearvostus”. Pääskaalaan “autonomia” kuuluu väittämiä, jotka koskevat riippuvuutta, yksilöitymisen puutetta/alistumista, haavoittuvuutta vaikeuksien tai sairauden kohdatessa ja itsekontrollin menettämisen pelko. “Liittyneisyys”-skaalaan kuuluu väittämiä, jotka koskevat emotionaalista deprivatiota, hylkäämistä/menetystä, epäluottamusta ja sosiaalista eristäytymistä/vieraantumista muista ihmisistä. Skaalaan “itsearvostus” kuuluu väittämiä, jotka koskevat puutteellisuutta, miellyttävyyttä/viehättävyyttä, kykenemättömyyttä/epäonnistumista, syyllisyyttä/rankaisua, häpeää/nolostumista, joustamattomia vaatimuksia ja riittämättömiä rajoja. Vertailuryhmänä toimi 37 suomalaista psykologian pääaineopiskelijaa.

### **2.2.4 Konstruktiolomake**

Toskala (1995) on kehittänyt lomakkeen, jonka avulla pyritään löytämään henkilökohtaisesti vaikeita ja uhkaavia tilanteita sekä niissä herääviä tunteita, uhkakuvia, kehollisia tuntemuksia

ja ajatuksia (ks. liite 4). Henkilö arvioi myös kyseisiin tunteisiin sekä kehollisiin tuntemuksiinsa liittyvän uhan voimakkuutta asteikolla 0–10, jossa 0 = ei lainkaan uhkaava ja 10 = erittäin uhkaava. Lopuksi henkilö muodostaa edellisten pohjalta ongelmiaan kuvaavan ydinajatuksen. Lomakkeen avulla oli tutkittu muuttuvatko paniikkihäiriöisten konstruktiot terapian kuluessa.

### **2.2.5 Nauhoitetut terapiaistunnot**

Kaikki terapiaistunnot nauhoitettiin ja nauhojen pohjalta selvitettiin sitä, mistä henkilöt olivat kokeneet hyötyneensä terapiassa eniten. Jokaisen terapiaistunnon alussa keskusteltiin kyseisestä teemasta.

## **2.3 Tutkimuksen kulku**

Tutkimuksemme on osa apulaisprofessori Antero Toskalan tutkimusprojektia, joka toteutettiin Jyväskylän yliopiston psykoterapiaklinikalla. Tutkimushenkilöiden saamiseksi oltiin yhteistyössä Keski-Suomen paniikkiihdistys r.y.:n kanssa. Kaikki tutkimushenkilöt osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkimusjakso käsitti yhteensä 11 kognitiivisen terapian ryhmämuotoista terapiaistuntoa, jotka toteutettiin syksyllä 1995. Terapiaistunnot olivat kestoltaan 1.5 tuntia ja niitä oli kerran viikossa. Pääterapeuttina toimi kognitiivisen terapian vaativan erityistason psykoterapeutti Antero Toskala. Aputerapeutteina toimivat kaksi psykologian jatko-opiskelijaa sekä tämän pro gradu -tutkielman tekijät.

Jokaisella terapiaistunnolla oli tietty tavoite. Istuntojen alussa osallistujille jaettiin istunnon tavoitetta kuvaava opetuksellinen moniste (ks. liitteet 5a–5g). Tällainen työjärjestely tehostaa ajankäyttöä ja oppimista. Kyselylomakkeet jaettiin ensimmäisellä ja viimeisellä terapiaistunnolla. Puolen vuoden kuluttua terapian päättymisestä tehtiin seurantatutkimus, jolloin tutkimushenkilöt saivat kyselylomakkeet postitse. Tällöin ei konstruktiolomaketta enää lähetetty.

## **2.4 Tilastolliset analyysit**

Tilastolliset analyysit tehtiin Paniikkiasteikosta, Panic Belief Questionnaire -lomakkeesta sekä Skeemakyselylomakkeesta. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin epäparametrisiä tilastomenetelmiä, tilastollisia t-testejä sekä Spearmanin korrelaatiokerrointa. Kaikki analyysit toteutettiin SPSS 6.1 for Windows -ohjelmalla.

## **2.5 Laadullinen analyysi**

Kuuntelimme nauhoitetut terapiaistunnot useita kertoja läpi kartoittaaksemme niitä asioita, joista tutkittavat olivat kokeneet hyötyvänsä terapiassa eniten sekä sitä, kuinka tutkittavien ajatukset jäsenyivät terapian aikana. Analyysi tehtiin dialogisella tulkinnalla. Kävimme dialogia nauhojen sisällöistä ja ajatuksista, joita ne meissä herättivät. Nämä keskinäiset dialogit nauhoitettiin, ja lopullinen analyysi tehtiin näiden ääninauhojen perusteella. Pyrimme löytämään terapiaistunnoilla tiettyihin aihepiireihin liittyviä toistuvia teemoja. Lisäksi konstruktio- lomakkeesta arvioitiin ajatusten, tunteiden ja niihin liittyvien uhkakuvien muutosta terapian kuluessa.

### 3 TULOKSET

#### 3.1 Paniikkiasteikko

##### 3.1.1 Terapiaryhmän mittausten vertailu

Tarkastelemme aluksi paniikkiasteikon avulla koko terapiaryhmän oireiden muutoksia. Alku- ja loppumittauksessa oli mukana kahdeksan tutkimushenkilöä. Puolen vuoden seurantatutkimuksessa lomakkeen palautti kuusi tutkittavaa. Tulosten analyysissä käytimme mediaania (Md) ja kvartiiliväliä (Q1–Q3) sekä mittausten välisten muutosten arvioinnissa epäparametrinen merkkitestiä, koska mittari on järjestysasteikollinen, joten kahden riippuvan otoksen t-testiä ei voida käyttää (Ranta, Rita ja Kouki, 1992). Lisäksi merkkitesti toimii parhaiten pienessä havaintoaineistossa. Seuraavassa taulukossa esitetään terapiaryhmän mittausten tulokset.

TAULUKKO 1. Paniikkiasteikon tulokset terapiaryhmän alku-, loppu- ja seurantamittauksessa.

Paniikkioireet	Am. Md/(Q1–Q3) n = 8	Lm. Md/(Q1–Q3) n = 8	Sm. Md/(Q1–Q3) n = 6	Am. vs. lm. p-arvo	Lm. vs. sm. p-arvo	Am. vs. sm. p-arvo
Hengenahdistus	0.5/(0.0–1.75)	0.5/(0.0–1.75)	0.0/(0.0–2.25)	1.00	1.00	1.00
Huimaus, epävarma olo, pyörtymisen tunne	1.0/(0.0–2.75)	1.0/(0.0–1.75)	2.0/(0.75–3.0)	.688	1.00	.679
Sydämen tykytys	1.0/(1.0–3.00)	1.0/(1.0–2.75)	0.5/(0.0–2.25)	1.00	.375	.625
Vapina tai tärinä	1.0/(0.0–2.75)	1.0/(0.0–2.00)	0.0/(0.0–1.25)	1.00	1.00	.625
Hikoilu	1.0/(0.0–2.00)	1.0/(0.0–1.75)	1.0/(0.0–2.25)	.688	1.00	1.00
Tukehtumisen tunne	0.0/(0.0–1.75)	0.5/(0.0–1.00)	0.0/(0.0–0.50)	1.00	1.00	1.00
Pahoinvointia tai vatsavaivoja	0.0/(0.0–1.75)	1.0/(0.0–2.00)	1.0/(0.0–2.00)	.625	1.00	1.00

(jatkuu)

Epätodellista oloa	1.0/ (0.25–2.75)	0.5/(0.0–2.00)	1.5/(0.75–2.0)	1.00	1.00	1.00
Tunnottomuutta, puutumista/pistelyä	0.0/(0.0–1.00)	0.0/(0.0–1.75)	0.0/(0.0–1.00)	1.00	.625	1.00
Kuumia aaltoja tai vilunväristyksiä	0.0/(0.0–1.50)	1.0/(0.0–1.00)	0.0/(0.0–1.50)	1.00	.500	1.00
Rintakipuja /epämieltyttävä tunne rinnassa	0.5/(0.0–1.75)	0.5/(0.0–1.75)	0.0/(0.0–2.00)	1.00	1.00	1.00
Kuolemanpelkoa	0.0/(0.0–1.50)	0.5/(0.0–2.00)	0.0/(0.0–0.50)	.500	.500	1.00
Sekoamisen/kontrollin menettämisen pelkoa	1.0/(1.0–1.75)	1.5/(0.0–2.00)	2.0/ (0.75–2.25)	1.00	1.00	.625

Am. = alkumittaus Lm. = loppumittaus Sm. = seurantamittaus

Taulukosta 1 nähdään, että terapiaryhmässä ei ole tapahtunut muutosta parempaan yksittäisten oireiden tasolla. Terapiaryhmän koko testin summapistemääristä laskimme keskiarvot ja keskihajonnat sekä kahden riippuvan otoksen t-testin. Alku- ja loppumittauksia verrattaessa p-arvoksi saimme .925. Loppu- ja seurantamittauksen vertailu antoi p-arvoksi .549 ja alku- ja seurantamittauksessa  $p = .960$ . Tuloksista totesimme, että terapiaryhmässä eri mittausten välillä ei ole tapahtunut muutoksia, kun tarkastellaan koko testin summapistemääriä.

### 3.1.2 Terapiaryhmän ja vertailuryhmien tulosten vertailu

Seuraavaksi vertaillaan terapiaryhmän tuloksia Helsingin yliopistossa tehdyn paniikkiasteikkotutkimuksen vertailuryhmään, jonka muodosti 38 vakuutustoimihenkilöä (Koskivaara ym., 1993). Toimihenkilöiden keski-ikä oli 33,4 vuotta; heistä oli miehiä 7 ja naisia 31. Tuloksissa on ilmoitettu molempien ryhmien koko testin summapistemäärien keskiarvo ja keskihajonta. Vertasimme terapiaryhmän alku-, loppu- ja seurantamittauksia vertailuryhmän mittaukseen riippumattomien otosten t-testillä. Tulokset ovat seuraavalla sivulla (taulukko 2).



TAULUKKO 2. Terapiaryhmän eri mittaustulosten ja vakuutustoimihenkilöiden tulosten välinen vertailu.

	Vertailuryhmä (Vr.) ka/kh	Terapiaryhmä (Tr.) alkum. ka/kh	Tr. am. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä loppum. ka/kh	Tr. lm. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä seur.m. ka/kh	Tr. sm. vs. Vr. p-arvo
Paniikkias- teikko	5.010/ 5.980	13.000/ 10.850	.005**	12.625/ 9.870	.005**	11.667/ 10.539	.016*

\*\* = tilastollisesti merkitsevä \* = tilastollisesti melkein merkitsevä

Tuloksista todetaan, että terapiaryhmän ja vertailuryhmän välinen ero on säilynyt tilastollisesti merkitseväni eli ryhmät eroavat toisistaan paniikkiasteikon tuloksissa vielä seurantamittauksessa huomattavasti.

Vertasimme terapiaryhmän tuloksia myös Koskivaaran ym. (1993) paniikkiasteikkotutkimuksen paniikkihäiriöpotilaiden tuloksiin. Potilaita oli 43 ja heidän keski-ikänsä oli 36,0 vuotta. Miehiä heistä oli 13 ja naisia 30. Ryhmien tuloksia verrattiin riippumattomien otosten t-testillä. Tulokset on esitetty alla (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Terapiaryhmän eri mittaustulosten ja paniikkihäiriöpotilaiden tulosten välinen vertailu.

	Vertailuryhmä (Vr.) ka/kh	Terapiaryhmä (Tr.) alkum. ka/kh	Tr. am. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä loppum. ka/kh	Tr. lm. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä seur.m. ka/kh	Tr. sm. vs. Vr. p-arvo
Paniikkias- teikko	21.830/ 9.970	13.000/ 10.850	.028*	12.625/ 9.870	.020*	11.667/ 10.539	.012*

\* = tilastollisesti melkein merkitsevä

Tuloksista nähdään, että paniikkiasteikon tuloksissa terapiaryhmä ja vertailuryhmä eroavat toisistaan, koska ero näiden ryhmien välillä säilyy tilastollisesti melkein merkitseväenä. Terapiaryhmän summapistemäärien keskiarvo paniikkiasteikossa pysyy merkitsevästi vertailuryhmän tulosta pienempänä eli terapiaryhmän paniikkiin liittyvät oireet ovat selvästi lievempiä ja vähäisempiä kuin paniikkihäiriöisillä yleensä.

### **3.1.3 Muutosten tarkastelu yksilöittäin**

Paniikkihäiriön ryhmämuotoisessa kognitiivis-konstruktivisessa terapiassa tarkastellaan muutoksia myös yksilökohtaisesti koko ryhmän tarkastelun lisäksi. Yksilökohtaisesti paniikkiasteikosta ei pystytä tekemään mitään tilastollista testiä. Siksi olemme tarkastelleet muutoksia yksilöittäin paniikkiasteikon summapistemäärien avulla alku-, loppu- ja seurantamittauksissa.

Kun vertasimme alku- ja loppumittauksia keskenään totesimme, että neljän tutkittavan summapistemäärä oli laskenut ja neljän oli noussut. Tarkastellessamme loppu- ja seurantamittauksista kolmen tutkittavan pistemäärä oli laskenut, kahden noussut ja yhden pysynyt samana. Alku- ja seurantamittauksista vertailemme totesimme, että kolmen tutkittavan summapistemäärä oli laskenut eli oireet olivat helpottaneet, kun taas kolmen pistemäärä oli noussut tai pysynyt lähes samana. Tulosten yksilöllisessä tarkastelussa huomataan, että joillakin tutkittavista on henkilökohtaisella tasolla tapahtunut muutosta oireissa parempaan suuntaan, kun taas joillakin tilanne on muuttunut huonompaan suuntaan tai pysynyt entisellään.

## **3.2 Panic Belief Questionnaire (PBQ)**

### **3.2.1 Terapiaryhmän mittausten vertailu**

Terapiaryhmässä tarkasteltiin terapian tuloksellisuutta uskomusten tasolla Panic Belief Questionnairen avulla. Koska muutokset yksittäisissä uskomusväittämissä eivät sinällään kerro

mitään, ryhmitimme väittämät kolmeen skaalaan, jotka ovat “uskomukset suhteessa itseen/omiin tunteisiin”, ”uskomukset suhteessa paniikkikohtauksiin/fyysisiin oireisiin” sekä “uskomukset suhteessa muihin ihmisiin/turvakohteeseen”. Näiden skaalojen avulla tarkastelimme terapiassa mittausten välillä tapahtuneita muutoksia summapistemäärien keskiarvoissa ja keskihajonnoissa. Vertailimme keskiarvoja riippuvien otosten t-testillä. Tulokset on esitetty seuraavassa taulukossa (taulukko 5).

TAULUKKO 5. PBQ:n tulokset terapiaryhmässä alku-, loppu- ja seurantamittauksessa.

Skaalat	Alkumittaus ka/kh n = 8	Loppumittaus ka/kh n = 8	Seurantam. ka/kh n = 6	Am. vs. lm. p- arvo	Lm. vs. sm. p- arvo	Am. vs. sm. p- arvo
Suhteessa itseen	54.57/11.34	53.00/13.99	46.67/6.68	.759	.566	.091
Suhteessa paniikkikoht.	69.29/13.96	61.43/14.55	61.50/13.29	.149	.467	.196
Suhteessa muihin	32.50/6.53	28.25/7.42	31.00/6.75	.130	.112	.230

Tulosten mukaan terapiaryhmässä ei ole tapahtunut uskomuksissa tilastollisesti merkitseviä muutoksia. Skaalassa “uskomukset suhteessa itseen/omiin tunteisiin” suhtautuminen oli kuitenkin muuttunut hieman positiivisemmaksi, joskin tulos on ainoastaan suuntaa antava (lihavoitu). Keskiarvojen pienentyminen ja keskihajontojen suuret vaihtelut kyseisessä skaalassa kertovat myös siitä, että terapiaryhmässä yksilötasolla muutosta on täytynyt tapahtua.

### 3.2.2 Terapiaryhmän ja vertailuryhmän tulosten vertailu

Vertasimme terapiaryhmän PBQ:n tuloksia Jyväskylän avoimen yliopiston tietojärjestelmätieteiden approbatur-opiskelijoista muodostuvaan 40 hengen vertailuryhmään, jossa oli 28 miestä ja 12 naista. Ikä vaihteli välillä 20–47 vuotta. Sekä terapiaryhmästä että vertailuryhmästä

laskettiin skaaloittain summapistemääristä keskiarvo ja keskihajonta. Ryhmiä vertailtiin keskenään riippumattomien otosten t-testillä. Tulokset on esitetty alla (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Terapiaryhmän eri mittaustulosten ja vertailuryhmän tulosten välinen vertailu.

Skaalat	Vertailuryhmä (Vr.) ka/kh	Terapiaryhmä (Tr.) alkun. ka/kh	Tr. am. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmän loppum. ka/kh	Tr. lm. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmän seur.m. ka/kh	Tr. sm. vs. Vr. p-arvo
Suhteessa itseen	28.23/ 7.16	54.57/ 11.34	.000***	53.00/ 13.99	.000***	46.67/ 6.68	.000***
Suhteessa paniikkik.	35.98/ 10.17	69.29/ 13.96	.000***	61.43/ 14.55	.000***	61.50/ 13.29	.000***
Suhteessa muihin	15.50/ 5.21	32.50/ 6.53	.000***	28.25/ 7.42	.000***	31.00/ 6.75	.000***

\*\*\* = tilastollisesti erittäin merkitsevä

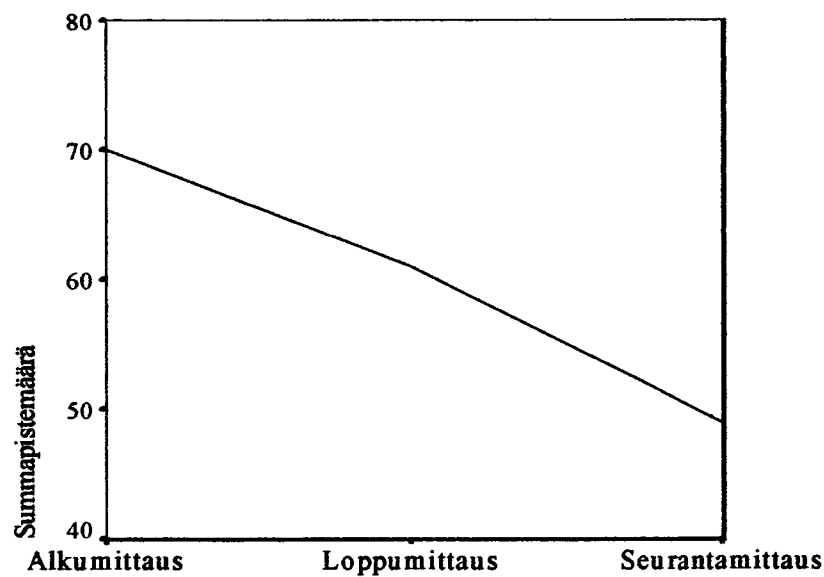
Vertailussa huomataan, että terapiaryhmä ja vertailuryhmä eivät ole lähentyneet toisiaan tuloksissa, vaan ero on säilynyt tilastollisesti erittäin merkitsevänä kaikissa PBQ:n skaaloissa. Terapiaryhmä ei ole tullut samalle tasolle vertailuryhmän kanssa. Muutosta on voinut tapahtua, mutta se ei ole ollut niin suurta, että tulos olisi tilastollisesti merkitsevä.

### 3.2.3 Muutosten tarkastelu yksilöittäin

PBQ:ssa yksilökohtaisia muutoksia tutkimme summapistemäärien ja viivakuvioiden avulla. Viivakuviot on esitetty ainoastaan niistä tutkimushenkilöistä, joiden kohdalla on tapahtunut huomattavaa summapistemäärien alenemista alkumittauksesta seurantamittaukseen.

Vaikka kolmella oli tapahtunut huomattavaa summapistemäärien laskua uskomuksissa suhteessa itseen alkumittauksesta loppumittaukseen, niin pistemäärä oli noussut jälleen seurantamittaukseen; se oli kuitenkin edelleen alkumittauksen pistemäärää jonkin verran pienempi. Näistä tuloksista ei ole esitetty viivakuvioita. Sen sijaan "uskomuksissa suhteessa

paniikkikohtauksiin/fyysisiin oireisiin” neljällä tutkimushenkilöllä oli tapahtunut pistemäärien laskua alkumittauksesta seurantaan ja näistä yhdellä henkilöllä huomattavaa laskua (kuvio 1). Voidaan siis olettaa, että muutos tämän henkilön kohdalla olisi suhteellisen pysyvä. “Uskomuksissa suhteessa muihin ihmisiin/turvakohteeseen” oli laskua tapahtunut alkumittauksesta loppumittaukseen viidellä tutkittavista, ja näistä kahdella pistemäärän lasku oli huomattavaa. Pistemäärät kuitenkin palasivat näillä viidellä lähes alkumittauksen tasolle, eli muutokset eivät olleet pysyviä.



KUVIO 1. Erään tutkimushenkilön tulokset eri mittauskerroilla PBQ:n skaalassa “uskomukset suhteessa paniikkikohtauksiin/fyysisiin oireisiin”.

### 3.3 Skeemakyselylomake

#### 3.3.1 Terapiaryhmän mittausten vertailu

Skeemakyselylomakkeen avulla tutkimme terapiaryhmän muutosta eri skeema-alueilla.

Tarkastelimme muutosta sekä pääskaalojen että niiden alla olevien skeema-alueiden summapiistemäärien keskiarvojen, keskihajontojen sekä riippuvien otosten t-testin avulla. Tulokset on esitetty seuraavassa taulukossa (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Skeemakyselylomakkeen tulokset terapiaryhmän alku-, loppu- ja seurantamittauksissa.

Skeema-alueet	Alkumittaus ka/kh	Loppumittaus ka/kh	Seurantamittaus ka/kh	Am. vs. lm. p-arvo	Lm. vs. sm. p-arvo	Am. vs. sm. p-arvo
<b>AUTONOMIA</b>	143.43/24.74	136.71/28.38	123.60/24.19	.340	.317	.032*
<b>Riippuvuus</b>	19.25/6.82	18.88/5.49	18.83/9.56	.703	.935	1.00
<b>Yksilöit. puute</b>	55.25/13.51	54.00/13.38	47.33/9.52	.600	.088	.003**
<b>Haavoittuvuus</b>	36.63/12.73	35.00/12.94	32.80/8.76	.495	.791	.359
<b>Itsekont. menet.</b>	27.71/5.38	24.86/9.35	22.20/5.72	.276	.637	.125
<b>LIITTYNEISYYS</b>	92.14/32.86	93.57/22.72	71.20/29.38	.859	.170	.374
<b>Emot. deprivatio</b>	25.88/13.86	27.13/8.24	17.40/9.13	.775	.191	.421
<b>Hylkääminen</b>	19.75/6.69	19.75/6.69	14.67/6.53	1.00	.179	.179
<b>Epäluottamus</b>	31.50/10.50	31.50/7.50	25.83/8.09	1.00	.164	.434
<b>Sos. eristäytym.</b>	16.43/6.50	17.29/6.92	13.00/4.20	.200	.394	.456
<b>ITSEARVOSTUS</b>	180.00/50.76	174.29/49.20	141.00/38.07	.548	.282	.232
<b>Puutteellisuus</b>	14.71/8.42	15.29/5.47	12.33/4.32	.715	.302	.908
<b>Miellyttävyys</b>	25.63/9.55	26.00/9.49	20.60/9.26	.815	.535	.942
<b>Kykenemättömyys</b>	30.13/11.19	29.38/10.03	24.67/9.75	.729	.195	.415
<b>Syyllisyys</b>	27.43/10.26	27.29/11.56	20.50/7.12	.918	.385	.252
<b>Häpeä</b>	17.75/6.09	16.00/7.43	12.67/5.28	.122	.490	.005**
<b>Joustam. vaatim.</b>	37.50/8.11	36.25/12.21	31.83/5.46	.694	.339	.083
<b>Tekojen oikeutus</b>	25.43/6.93	22.43/6.88	23.83/5.57	.322	.802	.474

\*\* = tilastollisesti merkitsevä \* = tilastollisesti melkein merkitsevä pelkkä lihavointi = suuntaa antava tulos

Tuloksista havaitaan, että skeema-alueella "autonomia" pistemäärä on laskenut alkumittauksesta seurantamittaukseen, tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p = .032^*$ ). Vertaillessamme loppu- ja seurantamittauksia keskenään totesimme, että ainoastaan skeema-alueella "yksilöitymisen puute" on tapahtunut summapistemäärien keskiarvojen laskua, tulosta voidaan pitää suuntaa antavana. Alku- ja seurantamittauksia verrattaessa tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p = .003^{**}$ ). Skeema-alueella "häpeä" terapiaryhmäläisten suhtautuminen oli muuttunut myönteisemmäksi, kun vertasimme alku- ja seurantamittauksia. Tulos on tilastollisesti merkitsevä ( $p = .005^{**}$ ). Verrattessamme alku- ja seurantamittauksia keskenään skeema-alueella "joustamattomat vaatimukset" summapistemäärät olivat laskeneet, tulos on suuntaa antavan ( $p = .083$ ).

### 3.3.2 Terapiaryhmän ja vertailuryhmän tulosten vertailu

Vertasimme skeemakyselylomakkeen tuloksia terapiaryhmässä psykologian pääaineopiskelijoista muodostuvaan 37 hengen vertailuryhmään. Eroja tarkastelimme sekä pääskaalojen että niiden alla olevien skeema-alueiden summapistemäärien keskiarvojen ja keskihajontojen avulla. Näistä laskettiin riippumattomien otosten t-testit. Tulokset on esitetty alla (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Terapiaryhmän eri mittaustulosten ja vertailuryhmän tulosten välinen vertailu.

Skeema-alueet	Vertailuryhmä (Vr.) ka/kh	Terapiaryhmä (Tr.) alkum. ka/kh	Tr. am. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä loppum. ka/kh	Tr. lm. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä seur.m. ka/kh	Tr. sm. vs. Vr. p-arvo
AUTONOMIA	97.50/ 27.30	143.43/ 24.74	.000***	136.71/ 28.38	.001***	123.60/ 24.19	.033*
Riippuvuus	13.44/ 5.34	19.25/ 6.82	.011*	18.88/ 5.49	.013*	18.83/ 9.56	.048*
Yksilöit. puute	44.66/ 12.18	55.25/ 13.51	.034*	54.00/ 13.38	.060	47.33/ 9.52	.613
Haavoittuvuus	25.08/ 8.47	36.63/ 12.73	.003**	35.00/ 12.94	.009**	32.80/ 8.76	.046*

(jatkuu)

Skeema-alueet	Vertailuryhmä (Vr.) ka/kh	Terapiaryhmä (Tr.) alkum. ka/kh	Tr. am. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä loppum. ka/kh	Tr. lm. vs. Vr. p-arvo	Terapiaryhmä seur.m. ka/kh	Tr. sm. vs. Vr. p-arvo
Itsekont. menetys	18.32/ 6.88	27.71/ 5.38	.001***	24.86/ 9.35	.027*	22.20/ 5.72	.199
LIITTY-NEISYYS	71.70/ 23.10	92.14/ 32.86	.042*	93.57/ 22.72	.019*	71.20/ 29.38	.962
Emot. deprivaat.	20.07/ 8.28	25.88/ 13.86	.121	27.13/ 8.24	.034*	17.40/ 9.13	.474
Hylkääminen	15.78/ 7.02	19.75/ 6.69	.151	19.75/ 6.69	.151	14.67/ 6.53	.719
Epäluottamus	23.60/ 7.20	31.50/ 10.50	.013*	31.50/ 7.50	.007**	25.83/ 8.09	.492
Sos. eristäytyminen	11.85/ 5.10	16.43/ 6.50	.034*	17.29/ 6.92	.014*	13.00/ 4.20	.604
ITSEARVOSTUS	138.24/ 39.42	180.00/ 50.76	.013*	174.29/ 49.20	.030*	141.00/ 38.07	.874
Puutteellisuus	12.40/ 7.20	14.71/ 8.42	.429	15.29/ 5.47	.292	12.33/ 4.32	.982
Miellyttävyyys	20.40/ 7.52	25.63/ 9.55	.096	26.00/ 9.49	.075	20.60/ 9.26	.953
Kykene-mättömyys	20.79/ 9.90	30.13/ 11.19	.023*	29.38/ 10.03	.032*	24.67/ 9.75	.378
Syylisyys	19.60/ 6.64	27.43/ 10.26	.009**	27.29/ 11.56	.014*	20.50/ 7.12	.762
Häpeä	14.15/ 4.55	17.75/ 6.09	.063	16.00/ 7.43	.360	12.67/ 5.28	.473
Joustam. vaatim.	32.45/ 10.78	37.50/ 8.11	.219	36.25/ 12.21	.382	31.83/ 5.46	.892
Tekojen oikeutus	18.72/ 6.88	25.43/ 6.93	.016*	22.43/ 6.88	.174	23.83/ 5.57	.092

\*\*\* = tilastollisesti erittäin merkitsevä

\*\* = tilastollisesti merkitsevä

\* = tilastollisesti melkein merkitsevä

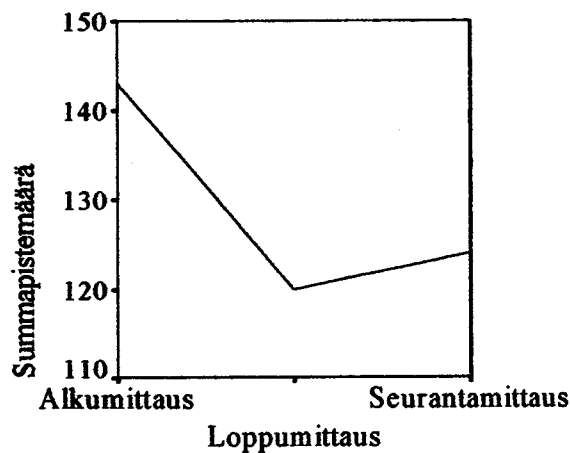
Lihavointi = ryhmien välillä ei eroa



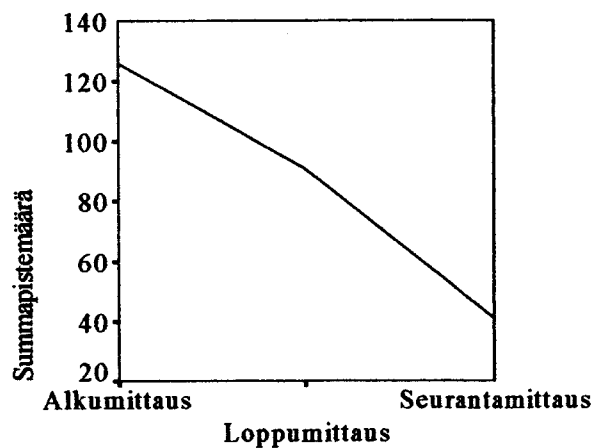
Tuloksista todetaan, että lukuun ottamatta skeema-alueita “autonomia”, “riippuvuus”, “haavoittuvuus” ja “tekojen oikeutus” terapiaryhmä ei enää eroa vertailuryhmän tuloksista seurantamittauksessa. Jo loppumittauksessa joillakin skeema-alueilla eroa ryhmien välillä ei ole havaittavissa. Tuloksista voidaan päätellä, että terapiaryhmäläiset eivät useilla skeema-alueilla enää arvioi itseään niin kielteisesti kuin terapian alkaessa.

### 3.3.3 Muutosten tarkastelu yksilöittäin

Skeemoissa tapahtuvia muutoksia tarkastelimme myös yksilöittäin. Yksilöllistä muutosta tarkastellaan viivakuvioiden avulla. Esimerkkikuviot on esitetty sellaisista tutkittavista (kuviot 2 ja 3), joilla muutos on ollut huomattavaa ja pysyvää myös seurantamittauksessa. Vastaavanlaista muutosta ilmeni myös muilla tutkittavilla vähäisempänä.



KUVIO 2. Erään tutkimushenkilön summapistemäärät skeema-alueella “autonomia”.



KUVIO 3. Erään tutkimushenkilön summapistemäärä skeema-alueella “liittyneisyys”.

Vaikka terapiaryhmässä ei ollut tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia tarkasteltaessa koko ryhmää, niin useat tutkittavista tuntuivat arvioivan itseään myönteisemmin joillakin skeema-alueilla, etenkin seurantamittauksessa. Tätä havaintoa tukee myös se, että aiemmin esitetyissä tuloksissa terapiaryhmä ei enää eronnut vertailuryhmästä seurantamittauksessa monellakaan skeema-alueella

### **3.4 Kyselylomakkeiden väliset korrelaatiot**

Kyselylomakkeiden korrelaatiot laskettiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla, koska muuttujat ovat järjestysasteikollisia (Coolican, 1994). Korrelaatiot laskettiin eri kyselylomakkeiden välillä. Kyselylomakkeiden välillä ei esiintynyt riippuvuutta, tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

### **3.5 Laadullinen analyysi**

Laadullisessa analyysissä käsitelimme sekä konstruktiolomaketta että nauhoitettuja istuntoja. Vertailimme kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia kvalitatiiviseen arviointiin kunkin tutkittavan kohdalla. Tarkoituksena on selvittää, tukevatko tulokset toisiaan.

#### **3.5.1 Konstruktiolomake**

Konstruktiolomake on Antero Toskalan laatima kyselylomake, jonka tarkoituksena on selvittää henkilökohtaisesti vaikeita ja uhkaavia tilanteita sekä niissä herääviä tunteita, ajatuksia ja kehollisia reaktioita. Lisäksi henkilöä pyydetään arvioimaan koetun uhkan voimakkuutta asteikolla 0–10, jossa 0 = ei lainkaan uhkaava ja 10 = erittäin uhkaava. Lopuksi henkilöä pyydetään laatimaan kokoava ajatus, joka hänen mielestään parhaiten kuvaa hänen ongelmansa kannalta olennaisinta sisältöä.

Vaikka terapiaryhmässä ei ollut tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia tarkasteltaessa koko ryhmää, niin useat tutkittavista tuntuivat arvioivan itseään myönteisemmin joillakin skeema-alueilla, etenkin seurantamittauksessa. Tätä havaintoa tukee myös se, että aiemmin esitetyissä tuloksissa terapiaryhmä ei enää eronnut vertailuryhmästä seurantamittauksessa monellakaan skeema-alueella

### **3.4 Kyselylomakkeiden väliset korrelaatiot**

Kyselylomakkeiden korrelaatiot laskettiin Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla, koska muuttujat ovat järjestysasteikollisia (Coolican, 1994). Korrelaatiot laskettiin eri kyselylomakkeiden välillä. Kyselylomakkeiden välillä ei esiintynyt riippuvuutta, tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

### **3.5 Laadullinen analyysi**

Laadullisessa analyysissä käsitelimme sekä konstruktiolomaketta että nauhoitettuja istuntoja. Vertailimme kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia kvalitatiiviseen arviointiin kunkin tutkittavan kohdalla. Tarkoituksena on selvittää, tukevatko tulokset toisiaan.

#### **3.5.1 Konstruktiolomake**

Konstruktiolomake on Antero Toskalan laatima kyselylomake, jonka tarkoituksena on selvittää henkilökohtaisesti vaikeita ja uhkaavia tilanteita sekä niissä heräviä tunteita, ajatuksia ja kehollisia reaktioita. Lisäksi henkilöä pyydetään arvioimaan koetun uhkan voimakkuutta asteikolla 0–10, jossa 0 = ei lainkaan uhkaava ja 10 = erittäin uhkaava. Lopuksi henkilöä pyydetään laatimaan kokoava ajatus, joka hänen mielestään parhaiten kuvaa hänen ongelmansa kannalta olennaisinta sisältöä.

Alkumittauksessa tutkittavat kokivat lomakkeen täyttämisen erittäin hankalaksi. Tunteiden ja ajatusten sekä tunteiden ja kehollisten reaktioiden erottaminen toisistaan ei onnistunut. Sen sijaan tutkittavat onnistuivat tunnistamaan hyvin uhkaavia tilanteita ja kehollisia tuntemuksiaan. Uhkaaviin tilanteisiin liittyvät keholliset tuntemukset olivat paniikkihäiriöisille tyypillisiä. Näitä olivat esimerkiksi huimaus ja sydämen tykytys. Uhkaaviksi tilanteiksi koettiin yleisissä tiloissa ja kulkuneuvoissa oleminen sekä yksin selviytyminen erilaisista tilanteista; toisaalta toisten ihmisten läsnäolo koettiin ahdistavana, toisaalta tutkittavat kokivat tarvitsevansa toisen henkilön lähelleen pystyäkseen selviytymään. Läheisyys - erillisyyd-dikotomia tuli selvästi esiin tutkittavien vastauksissa. Koettua uhkaa arvioitiin kohtalaisen voimakkaaksi (arviot yli 5). Myöskään kokoavan ajatuksen laatiminen ei useimmilta onnistunut.

Loppumittauksessa tutkittavista kuusi palautti konstruktio-lomakkeen. Tällöin uhkaavaksi tilanteeksi raportoitiin yleisissä kulkuneuvoissa kulkeminen, mutta muissa julkisissa tiloissa oleminen ei enää tuottanut vaikeuksia. Myöskään selviämistä yksin erilaisista tilanteista ei enää koettu uhkaavaksi. Uhkaavaan tilanteeseen liittyvät keholliset oireet olivat pysyneet samana kuin alkumittauksessa. Ajatusten ja tunteiden erittely ei edelleenkään onnistunut kovin hyvin, joskin jonkinasteista paranemista oli tapahtunut muutamilla nuorimmista tutkittavista. Läheisyys-erillisyyd-dikotomia tuntui vastauksissa laantuneen. Huomio ei enää niin paljon keskittynyt muihin ihmisiin. Sen sijaan omaa sisäistä maailmaa tarkkailtiin enemmän, vaikka se koettiin pelottavana. Seurantamittauksessa konstruktio-lomaketta ei enää jaettu tutkittaville.

### **3.5.2 Ääninauhojen analyysi**

Jokainen terapiaistunto nauhoitettiin ja nauhoista analysoimme sitä, mistä tutkittavat ovat erityisesti kokeneet hyötyvänsä terapian aikana. Nauhojen analysoinnissa käytimme dialogista tulkintaa, jossa tutkijat käyvät dialogia nauhojen sisällöistä. Myös nämä keskustelut nauhoitettiin. Lopulliset yhteenvedot teimme keskinäisen keskustelun pohjalta. Tässä vaiheessa jaoin tutkittavien kokemat hyödyt seuraaviin luokkiin: ymmärryksen lisääntyminen suhteessa itseen ja omaan sisäiseen maailmaan, muutokset suhtautumisessa muihin ihmisiin ja turvakohteeseen

sekä muutokset paniikin ja siihen liittyvien oireiden kokemisessa. Olemme pyrkinneet löytämään sellaisia teemoja, jotka toistuvat useimpien puheessa, koska terapian yhtenä tarkoituksena oli löytää yhteinen reformulaatio paniikkiin keskeisesti liittyvissä asioissa.

Tarkastelemme aluksi ymmärryksen lisääntymistä suhteessa itseen ja omaan sisäiseen maailmaan. Tutkittavat ymmärsivät, että paniikintunne on heidän omaa sisäistä tunnettaan, ja he alkoivat attributoida esimerkiksi hädäntunnetta enemmän itselleen. Näin tunne tuli osaksi heidän sisäistä kokemusmaailmaansa, ja tutkittavat alkoivat elää ja sallia näitä aikaisemmin tiukasti kontrolloituja tunteita itselleen. He huomasivat, että kun tunteille antaa luvan, ne alkavat menettää voimaansa. Tutkittavat sanoivat oppineensa ymmärtämään, mitä sisäisellä maailmalla tarkoitetaan ja oman itsensä ymmärtäminen tuntui lisääntyneen. Terapian aikana tutkittavat ovat joutuneet paneutumaan enemmän paniikkiin liittyviin ajatuksiin, ja ovat alkaneet työstää niitä tarkastelemalla enemmän itseään muiden tarkkailun sijaan. Tutkittavista oli helpottavaa kuulla, että erilaiset dikotomiat ovat osa paniikkihäiriötä ja niiden välille on mahdollista löytää asianmukainen tasapaino. Tutkittavat sanoivat, että vaatimustaso itsen suhteen oli laskenut ja tavoitteet olivat muuttuneet realistisemmiksi. Lisäksi tärkeäksi koettiin, että terapian aikana erilaisille tunteille saatiin nimiä eivätkä ne enää olleet “epämääräisiä möykkyjä” sisällä. Seuraavassa 25-vuotias “Hilkka” kuvaa kokemustaan:

*“... niinku’ on selvemmin saanut nimet niille asioille... no, mulla ei ainakaan ollu’ niinku’ silleen, sille tunteelle nimee, ennen kun mä löysin täältä sen pakokauhun, et’ sillon vasta, kun se tuli ensimmäisen kerran, ku’ sanottiin se pakokauhu, ni’ mä oon kelannu’ sitä tän viikon aikana aika paljon... Mun mielestä se oli hirveen hyvin sanottu sillon, että tää on hirveetä, tää on kauheeta, tätä ei voi kestää, ja sit’ kuitenkin’ se ajatus, että ehkä sitä kuitenkin’ voi kestää... Se oli semmonen aika tärkeä...”*

Seuraavaksi tarkastelemme muutoksia suhtautumisessa muihin ihmisiin ja turvakohteeseen. Tutkittavat huomasivat, että muut ihmiset ovat sekä turvan että turvattomuuden lähde. Joissain tilanteissa toisen ihmisen turva on tärkeä, kun taas joihinkin tilanteisiin on vaikeaa mennä

muiden ihmisten läsnäolon vuoksi. Läheisyys–erillisyys-ristiriidalle on annettu enemmän oikeutusta. Tutkittavat kokivat myös, että on tärkeää kertoa muille omista tuntemuksistaan, jotta muut voisivat suhtautua heihin ymmärtäväisemmin. Lisäksi koettiin, että paniikki ei ole sidoksissa tiettyyn paikkaan, ja siten esimerkiksi nykyään on helpompaa lähteä pois kotoa ja solmia kontakteja muihin, vaikka se pelottaisikin. Useat tutkittavista sanoivat myös pystyvänsä lähtemään tilanteisiin joko itsenäisesti tai eri ihmisten kanssa; henkilön ei tarvitse olla enää tietty henkilö, esimerkiksi oma aviomies. Tutkittavat ymmärsivät myös paremmin tämänhetkistä kokemistaan varhaisten ihmissuhteiden laadun kautta. Seurantatutkimuksessa eräs tutkittavista ilmoitti palanneensa työelämään oltuaan aikaisemmin määräaikaisella eläkkeellä. Seuraavassa 27-vuotias “Kaisa” kuvaa suhtautumisensa muutosta:

*“... Se ehkä silleen tuli, niinku’ että huomaa’ sen jälkeen, että voi sanoa toiselle, että anna mun nyt olla yksin, että en mä nyt välitä tästä, että mä haluaisin vähän olla yksinkin. Ett’ silleen, silleen ei niinku’ tartte ruveta miettiin, että mikäs mussa nyt on vialla, ku’ kauheesti haluaa torjua toisen, niinku’ olla silleen yksin, että... Että silleen niinku’ jotenkin vähän enemmän ymmärsi jotenki’ tätä tilannetta ite ja niinku’ toiselleki’ kerto, niin on niinku’ jotenkin helpompi ehkä käsittää ja ymmärtää, mistä nuo äkkiset mielenmuutokset johtuu...”*

Viimeiseksi tarkastelemme muutoksia paniikin ja siihen liittyvien oireiden kokemisessa. Tutkittavat sanoivat oppineensa terapian aikana erilaisia keinoja ottaa paremmin haltuun kehollisia tuntemuksiaan sanallisesti, toiminnallisesti tai kehollisesti. Esimerkiksi hengitystä säätelemällä ja itseään sanallisesti rauhoittamalla tutkittavat olivat ehkäisseet paniikin. Lisäksi he sanoivat oppineensa hyviä kysymyksiä, joita kysymällä itsensä rauhoittaminen onnistuu. Helpottavana tutkittavat kokivat myös tiedon siitä, että paniikkikohtausta ei voi jatkua loputtomiin eikä siihen voi kuolla. Eräs tutkittavista sanoi harkitsevansa lääkityksen lopettamista terapian lopussa. Seuraavassa 25-vuotias “Maria” kertoo suhteensa muuttumisesta paniikin kokemiseen:

*“... tilanne meni tosi hienosti. En mä, mä en niinku’ uskonu’, että tämmösestä tilanteesta vois sin selvitä, selvitä niin hyvin, ett’ jotenki’, jotenki’ niinku’ nyt oli niin paljon keinoja käyttää. Tähän asti niinku’ ku’ ei oo ollu’ oikeestaan yhtään mitään, niin nyt tuntuu, että niitä keinoja on niin paljon, niinku’ aina on jotain, jotain niinku’ jemmassa vielä, ja se teki mulle tosi semmosen turvallisen olon, ett’ se paniikki ei siinä tilanteessa saanu’ muhun ollenkaan otetta... No, yks’ oli ainakin tärkeä keino, että tää on mun hätä ja sit’ jotenkin mua kannatteli hirveen pitkälle sellanen ajatus, että ei mulle pistetä kannettavaksi yhtään enempää kuin mä jaksan kantaa. Ja sitten sitä iltaa kun mä elin, niin mä aattelin, että tää on mun tunne, ja mä elän tän kanssa. Mä katon kuinka pitkälle tää menee... Nukuin yön ihan hyvin. Mä olin jo niinku’ viikon ajan käyny läpi sitä asiaa, että mä tein sen itelleni selväks’, että me ajetaan sinne, hoidetaan homma ja tullaan kotia. Se on niin yksinkertainen, siinä ei oo mitään muuta, kaikki muu on mun oman mielikuvituksen tuotetta. Näin se niinku’ kävikin sitte’...”*

Vertasimme kvantitatiivisten menetelmien yksilökohtaisia tuloksia kvalitatiivisten menetelmien tuloksiin ja totesimme, että samoilla henkilöillä, jotka ilmaisivat eniten hyötyneensä terapiasta, olivat pistemäärät laskeneet myös kvantitatiivisissa arvioinneissa. Henkilöt olivat terapiaryhmän nuorimpia ja he olivat sairastaneet paniikkihäiriötä alle viisi vuotta. Molempien menetelmien tulokset olivat terapiaryhmässä samansuuntaisia.

## 4 POHDINTA

Tutkimamme paniikkihäiriöiset olivat Jyväskylän yliopiston psykoterapiaklinikalla ensimmäisiä, joille kokeiltiin kognitiivis-konstruktivistista ryhmämuotoista terapiaa. Tietävästi Suomessa ei ole tutkittu paniikkihäiriöisten hoitoa ryhmämuotoisella terapialla tai ainakaan tutkimustuloksia ei ole julkaistu. Yleisenä käytäntönä on ollut hoitaa paniikkihäiriöisiä yksilöterapialla ja/tai lääkityksellä.

Käyttämämme tutkimusmenetelmät valittiin sillä perusteella, että ne todentaisivat mahdollisimman monipuolisesti terapian aikana tapahtuvia muutoksia. Paniikkiasteikon avulla arvioitiin paniikkiin liittyvien oireiden esiintyvyyttä ja voimakkuutta. Panic Belief Questionnairen ajateltiin arvioivan paniikkiin liittyvien dysfunktionaalisten uskomusten voimakkuutta ja skeemakyselylomakkeen skeemataso muutoksia.

Paniikkiasteikossa terapiaryhmäläiset arvioivat oireensa vähäisiksi ja lieviksi verrattuna yleensä paniikkihäiriöisiin. Tämä tieto oli ristiriidassa tutkittavien terapiassa esille tuoman tiedon kanssa, jonka mukaan paniikkihäiriöön liittyvät fyysiset oireet olisivat keskeinen osa heidän ongelmaansa. Saattaa olla, että tutkittavat eivät alkumittauksessa kyenneet arvioimaan realistisesti uhkaavia oireitaan, vaan he kokivat oireet niin ahdistavina, että arvioivat niitä defensiivisesti. Näin terapian mahdollinen hyöty oiretasolla ei tullut esille.

Panic Belief Questionnaire (PBQ) suomennettiin tätä tutkimusta varten ja sen väittämät jaettiin kolmeen skaalaan. Skaalat olisi voinut jaotella muullakin tavalla, mutta tämä jaottelu oli mielestämme tutkimuksemme kannalta tarkoituksenmukainen. Terapian aikana uskomusten tasolla tapahtui suuntaa antavaa muutosta skaalassa "uskomukset suhteessa itseen/omiin tunteisiin". Tutkittavat alkoivat nähdä itsensä hieman aikaisempaa myönteisemmin. Sen sijaan PBQ:n mukaan skaaloissa "uskomukset suhteessa paniikkiin/fyysisiin oireisiin" ja "uskomukset suhteessa muihin ihmisiin/turvakohteeseen" ei olisi tapahtunut muutosta.

Skeemakyselylomaketta on käytetty aikaisemmin tutkittaessa sosiaalisen fobian kognitiivista ryhmäterapiaa (Haavisto & Häkkinen, 1995; Katila & Ottelin, 1995). Paniikkihäiriöisillä



ilmenee skeematasolla hyvin samantyyppistä ajattelua kuin sosiaalisesta fobiasta kärsivillä. Mittausten välillä seurantamittaukseen mennessä terapiaryhmässä muutosta parempaan tapahtui skeema-alueilla "autonomia", "yksilöitymisen puute" ja "häpeä". Suuntaa antava muutos tapahtui skeema-alueella "joustamattomat vaatimukset". Nämä muutokset ovat paniikkihäiriön kannalta erittäin hyviä siinä mielessä, että paniikkihäiriöisillä läheisyys–erillisyyd-dikotomia sekä suhteettomat vaatimukset itseä kohtaan ovat keskeisiä.

Se, että muutoksia oli vähän, voidaan selittää ryhmäkoon pienuudella ( $n=8$ , seurantamittauksessa  $n=6$ ). Tällöin muutosten pitäisi olla huomattavia, jotta tilastollisesti merkitseviä tuloksia esiintyisi. Tätä tukee esimerkiksi skeemakyselylomakkeessa se tulos, että terapiaryhmä ei eronnut juuri ollenkaan vertailuryhmästä seurantamittauksessa, kun taas ainoastaan terapiaryhmää tarkasteltaessa tilastollisesti merkitseviä muutoksia saatiin vain muutamalla skeema-alueella.

Laadullista analyysia teimme konstruktio-lomakkeen ja ääninauhojen pohjalta, jotta olisimme saaneet yksityiskohtaisempaa tietoa myös henkilökohtaisella tasolla tapahtuneesta muutoksesta. Konstruktio-lomakkeen täyttäminen oli terapiaryhmäläisille vaikeaa etenkin alkumittauksessa. Lomakkeen täyttäminen edellyttäisi kognitiivisen teorian parempaa tuntemusta ja kykyä erotella keholliset tuntemukset, tunteet ja ajatukset paremmin toisistaan. Erottelun vaikeus voi johtua siitä, että tutkittavat kokevat tunteensa korostetun kehollisesti. Keholliset reaktiot arvioitiin konstruktio-lomakkeessa hyvin uhkaavina, mikä on toisaalta ristiriidassa paniikkias-teikon arviointien kanssa. Tutkittavien ongelmaa kuvaavan pääajatuksen konstruoiminen osoittautui myöskin ongelmalliseksi. Lomakkeesta kyettiin löytämään tutkittavien kannalta ongelmallisimmat tilanteet, jotka liittyivät julkisiin tiloihin. Erilaisiin tilanteisiin liittyvissä ajatuksissa korostui läheisyys–erillisyyd- sekä turvallisuus–turvattomuus-dikotomiat.

Ääninauhojen perusteella totesimme, että vaikka terapiaryhmässä ei ollut tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia, niin muutokset henkilökohtaisella tasolla voivat olla hyvinkin merkittäviä. Ääninauhojen mukaan samat henkilöt, jotka tuntuivat hyötynneen terapiasta kyselylomakkeiden yksilöllisessä tarkastelussa, kertoivat myös suullisesti samansuuntaista tietoa terapiaistunnoilla. Tutkittavat kokivat saaneensa monessa suhteessa lisää ymmärrystä paniikkiin ja siihen liittyviin tekijöihin sekä keinoja käsitellä paremmin paniikkiin liittyviä

tunteita. Guidano (1991) korostaa foobisessa merkitysorganisaatiossa lapsuuden ahdistunutta liittymistä vanhempiin. Tämän merkitysorganisaation pohjalta tutkittavat alkoivat terapian aikana ymmärtää paremmin tämänhetkistä kokemistaan sekä läheisyys–erillisyyshäiriöproblematiikkaa. Tekemämme dialogisen tulkinnan lisäksi olisi ollut antoisaa jatkaa dialogia yhdessä tutkittavien kanssa esimerkiksi seurantamittauksen yhteydessä. Tämä ei ollut mahdollista, koska tutkittavia ei enää tavoitettu.

Toisaalta ei ole kovinkaan yllättävää, ettei mitään suuria muutoksia ollut tapahtunut loppumittaukseen mennessä. Emeryn (1985) mukaan useimmat ongelmat eivät ratkea terapian kuluessa, mutta asiakkaille on annettu tarpeeksi psykologisia työkaluja ratkaista ongelmiaan. Tämän takia tutkimukseemme sisältyi myös puolen vuoden seurantamittaus, jolloin esimerkiksi skeematasolla terapiaryhmässä oli tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia sekä lähentymistä vertailuryhmän tuloksiin. Ääninauhoilla tutkittavat kertoivat saaneensa lisää psykologisia työkaluja ratkoa ongelmiaan.

Tutkimuksemme kohteena ollut paniikkihäiriöryhmä oli hyvin heterogeeninen. Tutkittavien ikä ja paniikkihäiriön kesto vaihteli huomattavasti. Tutkimuksemme huomasimme, että terapiaryhmässä sellaiset henkilöt, jotka olivat iäkkäämpiä ja sairastuneet paniikkihäiriöön yli kymmenen vuotta sitten, eivät hyötyneet terapiasta yhtä paljon kuin ryhmän nuoremmat ja alle viisi vuotta sairastaneet henkilöt. Kauan sairastaneet tuntuivat suhtautuvan paniikkihäiriöön defensiivisesti ajatellen, että se on jokin heistä riippumaton, ulkopuolelta tullut sairaus ja että paras apukeino paniikkihäiriöön on lääkitys. Sen sijaan nuoret tutkittavat tuntuivat oivaltaneen paniikin olevan omaa sisäistä tunnetta, johon itse voi ajatteluaan ja suhtautumistaan muuttamalla vaikuttaa. Tulevaisuudessa kannattaisi kiinnittää huomiota ryhmän rakenteeseen, jotta terapia olisi tuloksellista. Erityisesti tämän tyyppisestä hoidosta tuntuisivat hyötyvän nuoret, vasta sairastuneet paniikkihäiriöiset.

Paniikkihäiriöön liittyvät ristiriidat ovat alkaneet muodostua jo varhain lapsuudessa ja ovat usein tallentuneet sanattomaan minätietoon. Pintatason minään kohdistuvat odotukset ovat hyvin vaativia. Sanattoman minätason ja pintatason välillä toimiva suojaava taso toimii korostuneen kontrolloivasti estääkseen ristiriitojen esiin tulemistä sanattomalta tasolta. (Guidano, 1987; Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983). Sen vuoksi lyhytkestoinen ryhmä-

muotoinen terapia saattaa olla riittämätöntä saamaan aikaan suuria muutoksia niin perustavanlaatuisissa ajatus- ja skeemarakennelmissa. Jo terapian alussa oletetaan, että henkilö kykenee erottelemaan tunteet ja ajatukset toisistaan sekä erittelemään sisäistä kokemusmaailmaansa. Kuitenkin tuntematta taustalla olevaa kognitiivista teoriaa tämä saattaa olla liian vaikeaa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että suunniteltaessa ryhmämuotoista kognitiivista terapiaa paniikkihäiriöisille tulisi erityistä huomiota kiinnittää ryhmän rakenteeseen ja terapian keston. Lisäksi voisi olla hyvä tutustuttaa asiakkaat paremmin kognitiiviseen teoriaan esimerkiksi ensimmäisellä istunnolla. Kannattaisi myös suunnitella tarkkaan terapiaistuntojen sisältöjen laajuus, jotta olisi tarpeeksi aikaa keskittyä yhteen teemaan kerrallaan. Lisäksi tämän tyyppinen terapia vaatii tiettyä psykologista näkemystä eikä siten sovellu kaikille.

## LÄHTEET:

- Barlow, D. H. (1988) *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1985) *Theoretical and clinical aspects*. Teoksessa A.T. Beck & G. Emery, *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective* (s. 3 - 164). New York: Basic Books.
- Beck, A. T. & Greenberg, R. L. (1988) *Cognitive therapy of panic disorders*. American Psychiatric Association, Annual Review of Psychiatry 7.
- Beck, A. T. (1995) *Cognitive therapy: Past, present and future*. Teoksessa M. J. Mahoney (toim.), *Cognitive and constructive psychotherapies* (s. 29 - 40). New York: Springer Publishing.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A., Berchick, R. & Wright, F. (1992) *A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder*. American Journal of Psychiatry, 149 (6), 778 - 783.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., Baldwin, L. E., Deagle III, E. A. & Averill, P. M. (1994) *Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62 (4), 818 - 826.
- Clark, D. M. (1986) *A cognitive approach to panic*. Behaviour Research and Therapy, 24 (4), 461 - 470.
- Coolican, H. (1994) *Research methods and statistics in psychology*. London: Hodder & Stoughton.
- Gelder, M. G. (1991) *New ways of treating panic disorder*. Annals of Medicine, 23 (2), 97 - 99.
- Guidano, V. F. (1984) *A constructivistic outline of cognitive processes*. Teoksessa M. A. Reda & M. J. Mahoney (toim.), *Cognitive psychotherapies. Recent developments in theory, research and practice* (s. 31 - 45). Massachusetts: Ballinger Publishing.
- Guidano, V. F. (1987) *Complexity of the self. A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford Press.

- Guidano, V. F. (1991) *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. & Liotti, G. (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Haavisto, T. & Häkkinen, M. (1995) *Sosiaalisen fobian kognitiivinen ryhmäterapia: muutosten todentaminen ja tulkinta konstruktivisesta näkökulmasta*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu-tutkielma.
- Hegel, M. T., Ravaris, C. L. & Ahles, T. A. (1994) *Combined cognitive-behavioral and time-limited alprazolam treatment of panic disorder*. Behavior Therapy, 25 (2), 183 - 195.
- Katila, M.-R. & Ottelin, K. M. (1994) *Sosiaalisen jännittämisen kognitiivinen ryhmäterapia: kognitiivis-konstruktivinen näkökulma*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian Pro gradu -tutkielma.
- Kelly, G. A. (1955) *The psychology of personal constructs: I A theory of personality, II Clinical diagnosis and psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Lepola, U., Jolkkonen, J. & Riekkinen, P. (1989) *On biological aspects of panic disorders*. Teoksessa K. Achte, T. Tamminen & R. Laakkonen (toim.), Many faces of panic disorder. Proceedings of the World Psychiatric Association symposium on the psychopathology of panic disorders. Hanko: Psychiatria Fennica.
- Ley, R. (1989) *Dyspneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilatory panic attacks*. Behaviour Research and Therapy, 27 (5), 549 - 554.
- Ley, R. (1992) *The many faces of Pan: Psychological and physiological differences among three types of panic attacks*. Behaviour Research and Therapy, 30 (4), 347 -357.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (1989) *Etiological models of panic - psychophysiological and cognitive aspects*. Teoksessa R. Baker (toim.), Panic disorder: Theory, research and therapy (s. 205 - 231). Chichester: John Wiley & Sons.
- Michelson, L. K. & Marchione, K. (1991) *Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis*. Journal of Consulting and Clinical psychology, 59 (1), 100 - 114.

- Moreau, D. & Weissman, M.M. (1992) *Panic disorder in children and adolescents: A review*. American Journal of Psychiatry, 149 (10), 1306 - 1314.
- Ollendick, T. H. (1995) *Cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: A multiple baseline design analysis*. Behavior Therapy, 26 (3), 517-531.
- Ranta, E., Rita, H. & Kouki, J. (1992) *Biometria. Tilastotiedettä ekologeille*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Robins, C. J. & Hayes, A. M. (1995) *An appraisal of cognitive therapy*. Teoksessa M. J. Mahoney (toim.), Cognitive and constructive psychotherapies. Theory, research and practice (s. 41 - 65). New York: Springer Publishing.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M. & Hackman, A. (1991) *Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining*. Behaviour Research and Therapy, 29 (2), 161 - 166.
- Sanderson, W.C. & Wetzler, S. (1993) *Observations on the cognitive behavioral treatment of panic disorder: Impact of benzodiazepines*. Psychotherapy, 30 (1), 125 - 132.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., LaNaeJaimez, T. & Lucas, R. A. (1993) *Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder*. Behaviour Research and Therapy, 31 (3), 279 - 287.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., LaNaeJaimez, T., Jacquin, K. M. & Harrington, P. J. (1995) *Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63 (5), 823 - 830.
- Toskala, A. (1991) *Kognitiivisen psykoterapian teoreettisia perusteita ja sovelluksia*. Saarijärvi: Jyväskylän koulutuskeskus.
- Toskala, A. (1995) *Kognitiivisen terapian sovelluksia paniikkihäiriön hoitoon*. Julkaisematon materiaalia. Jyväskylän yliopisto.
- Von Korff, M. & Eaton, W. W. (1989) *Epidemiologic findings on panic*. Teoksessa R. Baker (toim.), Panic disorder: Theory, research and therapy (s. 35 - 50). Chichester: John Wiley & Sons.

- Westling, B. E. & Öst, L-G. (1992) *Physiological and cognitive provocation of panic attacks in panic disorder patients*. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 21 (4), 191 - 208.
- Young, J. E. (1990) *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.
- Öst, L.-G. & Westling, B. E. (1995) *Applied relaxation vs. cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder*. Behaviour Research and Therapy, 33 (2), 145 - 158.

## LIITE 1.

ARVIOI OMA AHDISTUNEISUUTESI, MINKÄLAISTA JA MINKÄ ASTEISTA SE ON TÄLLÄ HETKELLÄ TAI ON OLLUT PARHIMMILAAAN VIIMEISEN VIIKON AIKANA. LAITA TUNTEMUKSESIAS! LÄHINNÄ VASTAAVA NUMERO OIREEN KOHDALLE ARVIOINTIKAAVAKKEELLA

	EI	LIEVÄ	KOHTA- LAINEN	VAIKEA	ERITTÄIN VAIKEA
	0	1	2	3	4
1. HENGENAHDISTUS					
2. HUIMAUS, EPÄVARMA OLO, PYÖRTYMISEN TUNNE					
3. SYDÄMEN TYKYTYKSEN VÄHEYS	1	1			
4. VAPINA TAI TÄRINÄ					
5. HIKOILU					
6. TUKEHTUMISEN TUNNE					
7. PAHOINVOINTIA TAI VATSAVAIVOJA					
8. EPÄTODELLISTA OLOA					
9. TUNNOTTOMUUTTA TAI PUUTUMISTA TAI PISTELYÄ					
10. KUUMIA AALTOJA TAI VILUNVÄRISTYKSIÄ					
11. RINTAKIPUJA TAI EPÄMIEL- LYTTÄVÄÄ TUNNETTA RINNASSA					
12. KUOLEMANPELKOJA					
13. SEKOAMISEN TAI KONTROLLIN MENETTÄMISEN PELKOJA					



Ole hyvä ja arvioi asteikolla 1-6, kuinka vahvasti uskot seuraaviin väitteisiin.

- 1= Täysin eri mieltä
- 2= Melkoisesti eri mieltä
- 3= Vähän eri mieltä
- 4= Vähän samaa mieltä
- 5= Melkoisesti samaa mieltä
- 6= Täysin samaa mieltä

- \_\_\_\_\_ 1. Paniikkikohtauksen saaminen jossain tilanteessa tarkoittaa, että tulen varmasti saamaan sen myös uudestaan siinä tilanteessa.
- \_\_\_\_\_ 2. Paniikkikohtausten saaminen tarkoittaa, että olen heikko, vajavainen tai huono.
- \_\_\_\_\_ 3. Jos ihmiset näkevät minun saavan paniikkikohtauksen, he eivät enää kunnioita minua.
- \_\_\_\_\_ 4. Tulen saamaan elämäni rajoittavia paniikkikohtauksia koko loppuelämäni.
- \_\_\_\_\_ 5. Fyysinen ponnistelu paniikkikohtauksen aikana voi aiheuttaa minulle sydänkohtauksen tai kuoleman.
- \_\_\_\_\_ 6. Paniikkikohtausten saaminen tarkoittaa, että minussa on jotain pahasti vialla.
- \_\_\_\_\_ 7. Olen turvassa ainoastaan, jos voin kontrolloida jokaista tilannetta, jossa olen.
- \_\_\_\_\_ 8. En voi koskaan unohtaa paniikkikohtauksia ja nauttia elämästäni.
- \_\_\_\_\_ 9. Jos minun täytyy jonottaa tai istua paikoillaan, on hyvin mahdollista, että menetän kontrollini, rupean kirkumaan, pyörryn tai rupean itkemään.
- \_\_\_\_\_ 10. Minussa on vialla jotain sellaista, jota lääkärit eivät ole vielä löytäneet.
- \_\_\_\_\_ 11. Minun täytyy olla varovainen tai muuten jotain kauheaa tapahtuu.
- \_\_\_\_\_ 12. Jos en enää pelkää paniikkikohtauksia, saattaisin jättää huomiotta muut oireet, jotka ovat vaarallisia.
- \_\_\_\_\_ 13. Jos lapseni ( tai muut läheiseni ) näkevät minun saavan paniikkikohtauksia, he tulevat pelokkaiksi ja epävarmoiksi.
- \_\_\_\_\_ 14. Minun täytyy tarkkailla kehoni reaktioita tai muuten saan paniikkikohtauksen.
- \_\_\_\_\_ 15. Liiallinen itkeminen voi aiheuttaa sydänkohtauksen.
- \_\_\_\_\_ 16. Oireiden ilmaantuessa minun täytyy paeta tilanteesta tai jotain kauheaa tapahtuu.

- \_\_\_ 17. Ahdistusta on vain niin paljon kuin sydämeni kestää.
- \_\_\_ 18. Ahdistusta on vain niin paljon kuin hermojärjestelmäni kestää.
- \_\_\_ 19. Ahdistus voi johtaa kontrollin menettämiseen ja jonkin kauhean tai hävettävän asian tekemiseen.
- \_\_\_ 20. Tunteeni ( ahdistus, viha, suru tai yksinäisyys ) voivat tulla niin voimakkaiksi, etten saata kestää niitä.
- \_\_\_ 21. Paniikki autolla ajamisen tai liikenneuhkaan juuttumisen aikana saattaa aiheuttaa onnettomuuden.
- \_\_\_ 22. Paniikkikohtaus voi aiheuttaa minulle sydänkohtauksen.
- \_\_\_ 23. Paniikkikohtaus voi tappaa minut.
- \_\_\_ 24. Paniikkikohtauksen vuoksi voin tulla hulluksi.
- \_\_\_ 25. Pienikin ahdistus tarkoittaa sitä, että saatan joutua mitä pahimman paniikin valtaan.
- \_\_\_ 26. Saatan kokea jonkin kauhistuttavan tunteen, joka ottaa minut kokonaan haltuunsa.
- \_\_\_ 27. Vihan ilmaiseminen voi johtaa kontrollin menettämiseen tai riidan aiheuttamiseen.
- \_\_\_ 28. Voin menettää ahdistuksen kontrollin ja kaikki ajatukseni jumiutuvat.
- \_\_\_ 29. Voi olla vaarallista jatkaa arkielämän askareita paniikkikohtauksen aikana.
- \_\_\_ 30. Minun täytyy olla lähellä kumppaniani, jotta olisin suojassa paniikilta.
- \_\_\_ 31. En tule yksin toimeen paniikintunteideni kanssa.
- \_\_\_ 32. "Turvasysteemini" täytyy olla koko ajan tavoitettavissa tai muuten voi tapahtua jotain katastrofaalista
- \_\_\_ 33. En voi tehdä muiden aikuisten tekemiä asioita - esim. odottaa jonossa, istua liikenne-ruuhkassa, pitää puhetta, matkustaa pois kotoa.

- \_\_\_ 34. Ainoastaan alkoholi tai rauhoittavat lääkkeet voivat viedä ahdistukseni pois.
- \_\_\_ 35. Kaukana kotoa tai turvankohteesta oleminen aiheuttaa kohtaukseni.
- \_\_\_ 36. Jos en voi täydellisesti kontrolloida ahdistustani, olen epäonnistuja.
- \_\_\_ 37. Jos en ota rauhoittavia lääkkeitä paniikkioireiden aikana, kuolen tai saan sydänkohtauksen.
- \_\_\_ 38. En ole toimintakykyinen, jos olen vähänkin ahdistunut tai minulla on paniikkikohtaus.
- \_\_\_ 39. Jos en enää pelkää paniikkikohtauksia, minun täytyy selvittää muita ongelmia, joita en ole valmis käsittelemään.
- \_\_\_ 40. Jos saan äkillisen ajatuksen tehdä jotain harmittavaa tai hullua, voin hyvinkin tehdä sen.
- \_\_\_ 41. Jos mahdollisesti tuntisin oloni epämiellyttäväksi, onnettomaksi tai ahdistuneeksi, olen paremmassa asemassa ollessani lähellä henkilöä, joka voi auttaa minua.
- \_\_\_ 42. Minun täytyy koko ajan kiirehtiä välttääkseni paniikkikohtauksen.

# Kyselylomake

Nimi: \_\_\_\_\_ Päivämäärä: \_\_\_\_\_

## Ohjeet:

Tämä lomake sisältää 123 väittämää, joilla ihmiset saattavat kuvata itseään. Ole hyvä ja lue väittämät yksitellen. Luettuasi väittämän arvioi, miten hyvin se kuvaa sinua. Kun olet epävarma, päätä sen mukaan, miltä sinusta tuntuu eikä sen mukaan, mitä saattaisit pitää järkevimpänä.

Kunkin väittämän kohdalla valitse vaihtoehdoista 1-6 se, joka kuvaa parhaiten sinua tällä hetkellä ja merkitse vaihtoehdon numero tyhjään tilaan väittämän eteen. Jos haluat, voit myös korjata väittämää vielä paremmin sinuun sopivaksi.

## Arviointiluokat:

1. Täysin eri mieltä
2. Melkoisesti eri mieltä
3. Vähän eri mieltä
4. Vähän samaa mieltä
5. Melkoisesti samaa mieltä
6. Täysin samaa mieltä

## Esimerkki:

  4   Murehdin siitä, että ihmiset eivät pidä minusta.

## Autonomia (itsenäisyys)

### I. Riippuvuus

- \_\_\_\_\_ 1. En tunne olevani kykenevä selviytymään omin päin.
- \_\_\_\_\_ 2. Tarvitsen muiden apua selviytyäkseni.
- \_\_\_\_\_ 3. Minusta tuntuu, että en tule kovin hyvin toimeen omillani.
- \_\_\_\_\_ 4. Uskon, että muut ihmiset voivat huolehtia minusta paremmin kuin minä itse.
- \_\_\_\_\_ 5. Minulla on vaikeuksia selvitä uusista tehtävistä, ellei minulla ole jotakuta opastamassa.
- \_\_\_\_\_ 6. Pidän itseäni muista riippuvaisena henkilönä.

II. Yksilöitymisen puute / Alistuminen

- \_\_\_\_\_ 7. Annan muiden ihmisten "pitää päänsä".
- \_\_\_\_\_ 8. Jos tekisin, mitä haluan, niin etsin vain itselleni pelkkiä vaikeuksia.
- \_\_\_\_\_ 9. Tuntuu siltä, että minulla ei ole muuta mahdollisuutta, kuin antaa periksi toisten ihmisten toiveille.
- \_\_\_\_\_ 10. Mielestäni muiden tarpeet ovat tärkeämpiä kuin omani.
- \_\_\_\_\_ 11. Ihmissuhteissani annan ohjat toiselle.
- \_\_\_\_\_ 12. Minusta on vaikeata olla oma itseni toisten ihmisten seurassa.
- \_\_\_\_\_ 13. En todellakaan tiedä, mitä haluan.
- \_\_\_\_\_ 14. En voi ilmaista kiukkuani, koska toiset eivät hyväksyisi minua tai jättäisivät minut.
- \_\_\_\_\_ 15. Minusta tuntuu, että elämäni suurimmat päätökset eivät ole olleet todella omiani.
- \_\_\_\_\_ 16. Tunnen syyllisyyttä, koska en täytä toisten odotuksia tai aiheutan pettymyksen heille.
- \_\_\_\_\_ 17. Annan enemmän muille ihmisille kuin saan heiltä takaisin.
- \_\_\_\_\_ 18. Olen huolissani, miellytänkö muita ihmisiä.
- \_\_\_\_\_ 19. En voi ilmaista kaikkea sitä vihaa ja ärtymystä, joka sisälläni liikkuu.
- \_\_\_\_\_ 20. Minulla on vaikeuksia vaatia, että oikeuksiani kunnioitetaan ja tunteeni otetaan huomioon.

III. Haavoittuvuus vaikeuksien tai sairauden kohdatessa

- \_\_\_\_\_ 21. En voi välttää tunnetta, että jotain kauheaa tulee tapahtumaan.
- \_\_\_\_\_ 22. Minusta tuntuu, että jokin onnettomuus (luonnonmullistus, rikos, vararikko tai sairaus) voi iskeä minä hetkenä tahansa.
- \_\_\_\_\_ 23. Olen huolissani, että minusta tulee koditon tai irtolainen.
- \_\_\_\_\_ 24. Olen huolissani siitä, että kimppuuni tullaan hyökkäämään.
- \_\_\_\_\_ 25. Olen hyvin tarkka rahan kanssa, muutoin saatan joutua puille paljaille.
- \_\_\_\_\_ 26. Välttääkseni sairastumisen tai loukkaantumisen ryhdyn erilaisiin varotoimiin.
- \_\_\_\_\_ 27. Olen huolissani, että menetän kaikki rahani ja minusta tulee rutiköyhä.

- \_\_\_\_\_ 28. Pelkään, että minulle on kehittymässä vakava sairaus, vaikka lääkäri ei olekaan todennut mitään erityistä.
- \_\_\_\_\_ 29. Olen hyvin pelokas ihminen.
- \_\_\_\_\_ 30. Valisen mieluummin varman tai tutun tavan, kuin riskeeraan.
- \_\_\_\_\_ 31. Pohdin maailmassa tapahtuvia pahoja asioita kuten rikoksia, saastumista, lamaa ja niin edelleen.

#### IV. Itsekontrollin menettämisen pelko

- \_\_\_\_\_ 32. Pelkään menettäväni kyvyn hallita tekemisiäni.
- \_\_\_\_\_ 33. Minusta tuntuu usein siltä, että taidan tulla hulluksi.
- \_\_\_\_\_ 34. Minusta tuntuu usein, että saan ahdistuskohtauksen.
- \_\_\_\_\_ 35. Pelkään, että alan hikoilla tai punastella muiden ihmisten nähden.
- \_\_\_\_\_ 36. Usein tunnen olevani hillittömän itkun partaalla.
- \_\_\_\_\_ 37. Olen huolissani siitä, etten kykenisi vastustamaan seksuaalisia halujani.
- \_\_\_\_\_ 38. Pelkään vahingoittavani jotakuta ruumiillisesti tai henkisesti, jos menetän itsehillintäni.
- \_\_\_\_\_ 39. Minusta tuntuu, että minun täytyy hallita tunteitani ja mielijohdeitani tai muutoin todennäköisesti tapahtuu jotain pahaa.

#### Liittyneisyys

##### V. Emotionaalinen deprivaatio (menetykset tunteiden tasolla)

- \_\_\_\_\_ 40. Ei ole ketään, joka vastaisi tarpeisiini.
- \_\_\_\_\_ 41. En saa tarpeeksi rakkautta ja huomiota.
- \_\_\_\_\_ 42. Minulla ei ole ketään, jolta saisin tarvitessani neuvoa ja henkistä tukea.
- \_\_\_\_\_ 43. Minulla ei ole ketään, joka hoivaisi minua, olisi kanssani tai todella välittäisi siitä, mitä minulle tapahtuu.
- \_\_\_\_\_ 44. Minulla ei ole ketään, joka haluaisi tulla lähelleni ja olla paljon kanssani.
- \_\_\_\_\_ 45. Voisin kadota maan päältä ilman, että kukaan tosissaan kaipaisi minua.
- \_\_\_\_\_ 46. Ihmissuhteeni ovat loppujen lopuksi pinnallisia.

- \_\_\_\_\_ 47. Minusta tuntuu, että en ole erityisen tärkeä kellekään.
- \_\_\_\_\_ 48. Kukaan ei todella kuuntele tai voi ymmärtää pohjimmaisia tunteitani ja tarpeitani.

#### VI. Hylkääminen/menetys

- \_\_\_\_\_ 49. Minut on tuomittu olemaan aina yksin.
- \_\_\_\_\_ 50. Pelkään jonkun rakastamani ihmisen kuolevan kohta, vaikka hänellä ei olekaan mitään erityistä sairautta.
- \_\_\_\_\_ 51. Huomaan takertuvani itselleni läheisiin ihmisiin.
- \_\_\_\_\_ 52. Pelkään itselleni läheisten ihmisten jättävän tai hylkäävän minut.
- \_\_\_\_\_ 53. En voi olla varma, että saan henkistä tukea ihmisiltä silloin, kun tarvitsen sitä.
- \_\_\_\_\_ 54. Minusta tuntuu, että tärkeät ihmissuhteeni eivät kestä, vaan katkeavat.

#### VII. Epäluottamus

- \_\_\_\_\_ 55. Minusta tuntuu, että monet ihmiset haluavat loukata minua ja yrittävät hyötyä minusta.
- \_\_\_\_\_ 56. Minun täytyy suojautua toisten ihmisten hyökkäyksiltä ja nöyryytyksiltä.
- \_\_\_\_\_ 57. Hyökkäys on paras puolustus.
- \_\_\_\_\_ 58. Minun on maksettava saamani kohtelu samalla mitalla takaisin.
- \_\_\_\_\_ 59. Minun on oltava jatkuvasti varuillani muiden läsnäollessa.
- \_\_\_\_\_ 60. Jos joku käyttäytyy minua kohtaan ystävällisesti, arvelen hänellä olevan taka-ajatuksia.
- \_\_\_\_\_ 61. On vain ajan kysymys, milloin joku pettää minut.
- \_\_\_\_\_ 62. Useimmat ihmiset ajattelevat vain itseään.
- \_\_\_\_\_ 63. Minun on hyvin vaikea luottaa muihin ihmisiin.
- \_\_\_\_\_ 64. Epäilen suuresti toisten ihmisten tarkoituksiperiä.

#### VIII. Sosiaalinen eristäytyminen/vieraantuminen

- \_\_\_\_\_ 65. En sovi muiden joukkoon.
- \_\_\_\_\_ 66. Olen pohjimmiltani erilainen kuin muut.
- \_\_\_\_\_ 67. En kuulu mihinkään, olen kuin yksinäinen susi.

- \_\_\_\_\_ 68. Tunnen vieraantuneeni muista ihmisistä.
- \_\_\_\_\_ 69. Tunnen olevani eristäytynyt ja yksin.

### Itsearvostus

#### IX. Puutteellisuus/ vaille rakkautta jääminen

- \_\_\_\_\_ 70. Kukaan haluamani mies/nainen ei voisi rakastaa minua nähtyään puutteellisuuteni.
- \_\_\_\_\_ 71. Kukaan haluamani mies/nainen ei haluaisi jäädä luokseni, jos hän tuntisi todellisen minäni.
- \_\_\_\_\_ 72. Olen perustaltani virheellinen ja vajavainen.
- \_\_\_\_\_ 73. Vaikka kuinka kovasti yrittäisin, en voi saada ketään merkittävää miestä/naista kunnioittamaan minua tai pitämään minua arvokkaana.
- \_\_\_\_\_ 74. En ole muiden rakkauden, huomion tai kunnituksen arvoinen.

#### X. Miellyttävyys/ viehättävyys

- \_\_\_\_\_ 75. En ole seksuaalisesti puoleenivetävä.
- \_\_\_\_\_ 76. Olen liian lihava.
- \_\_\_\_\_ 77. Olen ruma.
- \_\_\_\_\_ 78. En kykene ylläpitämään kunnollista keskustelua.
- \_\_\_\_\_ 79. Olen muiden seurassa tylsä ja pitkästyttävä.
- \_\_\_\_\_ 80. Ihmiset, joita arvostan, eivät halua olla kanssani tekemisissä sosiaalisen asemani vuoksi (esim. tulot, koulutustaso, ura)
- \_\_\_\_\_ 81. Muiden seurassa en koskaan tiedä, mitä sanoa.
- \_\_\_\_\_ 82. Muut eivät halua minua seuraansa.

#### XI. Kykenemättömyys/ epäonnistuminen

- \_\_\_\_\_ 83. En osaa tehdä oikeastaan mitään yhtä hyvin kuin muut.
- \_\_\_\_\_ 84. Olen kelvoton.
- \_\_\_\_\_ 85. Useimmat ihmiset ovat pystyvämpiä kuin minä.
- \_\_\_\_\_ 86. Munaan kaiken mihin ryhdyn
- \_\_\_\_\_ 87. Olen kömpelö.
- \_\_\_\_\_ 88. Olen epäonnistuja.
- \_\_\_\_\_ 89. Jos luotan omaan harkintakykyyni, teen vääriä päätöksiä.



\_\_\_\_\_ 90. Minulta puuttuu niin sanottua maalaisjärkeä.

\_\_\_\_\_ 91. Arvostelukykyynti ei ole luottamista.

### XII. Syyllisyys/rankaisu

\_\_\_\_\_ 92. Olen pohjimmiltani paha ihminen.

\_\_\_\_\_ 93. Ansaitsen tulla rangaistuksi.

\_\_\_\_\_ 94. En ansaitse mielihyvää ja onnellisuutta.

\_\_\_\_\_ 95. Tehdessäni virheen ansaitse kovan arvostelun ja rangaistuksen.

\_\_\_\_\_ 96. En helposti vapauta itseäni vastuuusta tai selittele virheitäni.

\_\_\_\_\_ 97. Tunnen itseni hyvin syylliseksi tekemiäni virheidensä vuoksi.

\_\_\_\_\_ 98. En näytä pystyvän elämään uskonnollisten tai moraalisien periaatteitteni mukaisesti, vaikka kuinka yrittäisin.

\_\_\_\_\_ 99. Tunnen usein syyllisyyttä tietämättä miksi.

### XIII. Häpeä/nolostuminen

\_\_\_\_\_ 100. Joudun nöyryytetyksi epäonnistumisteni ja puutteideni vuoksi.

\_\_\_\_\_ 101. Olen niin huono, etten voi paljastaa epäonnistumistani muille.

\_\_\_\_\_ 102. Jos muut saisivat selville puutteeni, en voisi katsoa heitä silmiin.

\_\_\_\_\_ 103. Minua nolottaa usein muiden seurassa, koska en ole heidän veroisensa.

\_\_\_\_\_ 104. Olen ujo ja tarkkailen itseäni muiden seurassa.

### XIV. Joustamattomat vaatimukset

\_\_\_\_\_ 105. Minun pitää olla paras kaikessa; en hyväksy toiseksi jäämistä.

\_\_\_\_\_ 106. Ponnistelen pitääkseni lähes kaiken täydellisessä järjestyksessä.

\_\_\_\_\_ 107. Minun on näytettävä mahdollisimman hyvännäköiseltä koko ajan.

\_\_\_\_\_ 108. Yritän tehdä parhaani; vähempi ei kelpaa.

\_\_\_\_\_ 109. Minulla on niin paljon tehtävää, että ei ole juuri aikaa rentoutua kunnolla.

\_\_\_\_\_ 110. Juuri mikään, mitä teen, ei ole riittävän hyvää; aina on varaa parantaa.

\_\_\_\_\_ 111. Minun on täytettävä kaikki velvollisuuteni.

- \_\_\_\_\_ 112. Otan jatkuvasti paineita siitä, että saan asiat hoidetuiksi.
- \_\_\_\_\_ 113. Ihmissuhteeni kärsivät, koska "piiskaan" itseäni eteenpäin niin kovasti.
- \_\_\_\_\_ 114. Terveysteni kärsii, koska joudun niin koville yrittäessäni tehdä kaiken niin hyvin.
- \_\_\_\_\_ 115. Jotta voisin täyttää vaatimukseni, uhraan usein oman mielihyväni ja onnellisuuteni.

XV. Tekojen oikeutus/riittämättömät rajat

- \_\_\_\_\_ 116. Minun on vaikeata sietää kielteistä vastausta, kun haluan jotain muilta ihmisiltä.
- \_\_\_\_\_ 117. Usein vihastun tai ärsyynyn, jos en saa, mitä haluan.
- \_\_\_\_\_ 118. Olen erityistapaus eikä minun pitäisikään hyväksyä monia muille asetettuja rajoituksia.
- \_\_\_\_\_ 119. Vihaan sitä, että minua rajoitetaan tai estetään tekemästä, mitä haluan.
- \_\_\_\_\_ 120. Minun on vaikea hyväksyä joitakin puolia elämästäni, jotka eivät ole kuten haluaisin, vaikka toisaalta elämäni on ulkoisesti kunnossa.
- \_\_\_\_\_ 121. Minun on vaikea lopettaa ryypiskelyä, tupakointia, ylensyöntiä tai muuta vastaavaa.
- \_\_\_\_\_ 122. Minulla ei näytä olevan itsekuria tehdä loppuun rutiinimaisia tai tylsiä tehtäviä.
- \_\_\_\_\_ 123. Annan usein vallan tunteilleni ja mielijohteilteni, mistä syystä joudun vaikeuksiin tai loukkaan muita ihmisiä.

Developed by Jeffrey Young, PhD and Gary Brown, MEd, 1989  
Cognitive Therapy Center of New York

Suomentanut 1993: Timo Auvinen, Antti Hiipakka, Irma Karila,  
Kristiina Poutala, Jyrki Saarioja, Jukka Salkosalo, Pauli  
Tossavainen.

Used by permission of Jeffrey Young.

Nimi \_\_\_\_\_

Valitse sellainen tilanne, joka tuottaa sinulle henkilökohtaisesti vaikeita ja uhkaavia tunteita ja kuvaa tämä tilanne lyhyesti seuraavaan tilaan:

Tilanne:

---



---



---



---



---

Nimeä seuraavaksi ne tunteesi, jotka tässä tilanteessa ovat sinulle vaikeita ja henkilökohtaisesti uhkaavia sekä arvioi kyseiseen tunteeseen liittyvän uhan voimakkuutta asteikolla 0-10 (0= ei lainkaan uhkaava, 10= erittäin uhkaava)

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kuvaa seuraavaksi ne keholliset tuntemuksesi, jotka ovat sinulle vaikeita ja henkilökohtaisesti uhkaavia ja arvioi myös niihin liittyvän uhan voimakkuutta asteikolla 0-10 (0= ei lainkaan uhkaava, 10 erittäin uhkaava)

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

\_\_\_\_\_ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kirjoita seuraavaksi allaolevaan tilaan ajatukset, jotka liittyvät kuhunkin edellä esittämääsi tunteeseen:

Tunne 1

---

---

Tunne 2

---

---

Tunne 3

---

---

Tunne 4

---

---

Tunne 5

---

---

Kirjoita seuraavaksi allaolevaan tilaan ajatukset, jotka liittyvät kuhunkin sinun edellä kuvaami keholliseen reaktioon:

Kehon reaktio 1

---

---

Kehon reaktio 2

---

---

Kehon reaktio 3

---

---

Kehon reaktio 4

---

---

Kehon reaktio 5

---

---

Yritä laatia ajatus, joka mielestäsi parhaiten kuvaa sitä, mikä on kaikista olennaisinta sinun ongelmassasi ja kirjoita se seuraavaan tilaan:

---

---

---

---

## LIITE 5a.

## Ryhmäterapian lähtökohdat

Alttiuteen kokea paniikkia on olemassa monia syitä. Ne voivat liittyä meidän hermostomme yksilöllisiin ominaisuuksiin ja myös erilaisiin ulkoisiin stressitekijöihin. Erilaiset keskushermostoa aktivoivat aineet voivat myös laukaista paniikin kokemista.

Paniikille psykologisesti on ominaista, että ihminen pelkää oman psyykkensä tai kehonsa hallinnan menetystä. Psyykkisen hallinnan menetyksen tyyppilisinä ilmentyminä ovat pelot tehdä jotakin sellaista, johon liittyy häpeää tai jotain kauhistuttavaa. Kehon hallinnan menetyksen uhka liittyy usein pelkoihin, että tulee jokin yhtäkinen sairauskohtaus, pyörtyminen ja tajuttomuus. Monia muitakin sekä psyykkisiä että kehollisia ilmentymiä voi esiintyä. Näille kaikille on psykologisesti keskeistä tunne siitä, ettei ole isäntä omassa psyykkessä ja kehossa.

**Tämän ryhmäterapian tavoite on palauttaa takaisin menettyä isännyyttä sielussa ja kehossa!**

Esitettyyn tavoitteeseen pyritään seuraavilla tavoilla:

**1. Oppimalla tuntemaan tuon vieraan isännän, joka pyrkii meitä nyt hallitsemaan**

\* Tämän tuntemisen rakentamisessa tarkastelemme meidän sisäisen maailmamme niitä tapahtumia, joka esiintyvät meidän kunkin paniikissa.

\* Sisäisiä tapahtumia tutkailemme ottamalla tarkastelun kohteeksi ne tunteet ja ajatukset, jotka liittyvät paniikin alkamiseen, sen jatkumiseen ja loppumiseen.

\* Näin saamme paremmin näkyviin sen, mikä on meidän suhteemme itseemme ja siihen maailmaan, jossa elämme.

*Jotta jotakin voi paremmin hallita on keskeistä, että sen oppii paremmin tuntemaan!*

**2. Rakentamalla uudenlaista suhdetta vieraaseen isäntään**

\* Kun olemme kauhistuneet vierasta isäntäämme ( paniikkia), pyrimme nyt suhtautumaan siihen tuttavallisemmin uusien ajatustemme kautta

\* Olemme myös pyrkineet pakenemaan vieraan isännän valtaa ja nyt yritämme tulla sen kanssa sinuksi ja näin palauttamaan omaa valtaa/ eli paon sijasta uskallamme olla isäntämme ( paniikin) kanssa keskusteluyhteydessä.

*Jotta voisi tulla uusi suhde paniikkiin, se edellyttää tämän kokemisen kohtaamista pakenemisen sijasta!*

**3. Näkemällä, miten sielumme vieras isännyyks näyttäytyy meidän elämässämme ja erityisesti keskeisissä ihmissuhteissamme**

\* Tarkastelemalla, miten olemme suhteessa niihin ihmisiin, jotka ovat meille tärkeitä.

\* Näkemällä näissä ihmissuhteissa, kuinka toisaalta halusimme olla oman sielumme isäntä ja toisaalta tarvitsemme paljon suojaa muilta.

*Jotta voisimme rakentaa enemmän oman sielumme herruutta, on olennaista nähdä, miten tämä vieraan isännän valta näkyy meidän keskeisissä tunnesuhteissamme.*

**4. Ymmärtämällä, miten meidän vieras isäntämme on elämänhistoriamme kuluessa päässyt valtaan**

\* Pyrkimällä oman historiamme ihmissuhteiden kautta ymmärtämään vieraantumista omista tarpeistamme ja tunteistamme.

\* Näkemällä sen, miten ehkä liian varhain ja liian yksin olemme pyrineet oman sielumme herruuteen.

*Jotta voisimme saada omat uudet ponnistelut mielekkääksi, on olennaista ymmärtää niiden merkitys koko elämänkaaren näkökulmasta.*

## SISÄISEN MAAILMAN KOHTAAMINEN

Sen jälkeen, kun olemme tavoittaneet niitä tunteita, kehollisia tuntemuksia ja näihin liittyviä ajatuksia, voimme pyrkiä rakentamaan uutta suhdetta erityisesti tunteisimme ja kehollisiin tuntemuksiimme.

**Paniikissa keholliset tuntemukset ja tunteet tuottavat VÄÄRÄN HÄLYTYKSEN. Paniikkissa pyritään tunteita ja somaattisia tuntemuksia PAKENEMAAN.**

Normaalissa tilanteessa ihminen kokiessaan esimerkiksi kontrollin menettämisen tunnetta luottaa siihen, että kyseessä on tunne, joka tuntuu vaikealta, mutta sen kanssa voi elää yhteiseloä. Paniikissa ihminen kokiessaan samaa tunnetta ajattelee hyvin nopeasti ja välittömästi, että jotain hirveää voi tapahtua ja minun on pakko hallita tämä tuntee. Vastaavalla tavalla reagointi tapahtuu suhteessa erilaisiin kehollisiin tuntemuksiin.

Väärässä hälytyksessä ihminen viestittää itselleen, että jotain hirveää, kauheaa tapahtuu ja minun on pakko kontrolloida mieltäni ja kehoani, ettei tällaista tapahduisi.

Tavanomaisessa hälytyksessä ihminen viestittää itselleen, että minulla on tämä tunne tai tuntemus ja tuntuu vaikealta, mutta se on itseni ja maailman todellista kokemista, se kertoo minun syvimmästä suhteestani itseeni ja muihin.

Sisäisen maailman uudenvuodenlainen kohtaaminen edellyttää kahta asiaa:

1. Uudenlaista tunteiden ja tuntemusten tulkintaa ja uutta suhdetta niihin.
2. Näiden tunteiden ja tuntemusten rohkeampaa kokemista pakenemisen sijasta.

Ensimmäiseen tavoitteeseen pyrkimisessä voi käyttää uusia ajatuksia apuna. Uudet ajatukset ovat sellaisia, joiden välityksellä sinä sanot itsellesi esimerkiksi seuraavalla asioita:

\* Vaikka tämä tunne ( paniikki, kontrollin menettäminen, tukehtumisen tunne jne) onkin hyvin voimakas, sen kanssa voi olla/ sitä voi sietää/ sitä voi kestää

\* Tämä tunne kuuluu minun sisäiseen maailmaani , joka on minun omassa käytössäni

\* Tunteet ja tuntemukset pohjimmiltaan antavat oikeita viestejä, jos niitä pystyy kuuntelemaan itsessä/ esim. tämä paniikin tunne kertoo minun syvimmästä turvattomuudestani/ tämä kontrollin menettämisen tunne kertoo minun äärimmäisestä pyrkimyksestä kieltää todellisia tunteiden viestejä jne.

Toisen tavoitteen osalta ovat olennaisia seuraavat ajatukset:

\* tämän tunteen todellisen viestin voi oppia tuntemaan vain uskaltamalla kuunnella sitä pakemisen sijasta

\* kuuntelemalla omia tunteita ja tuntemuksia, minä tulen tutummaksi itselleni/ minä voi itseeni sisällyttää enemmän erilaisia tunteita ja kokemuksia

\* minä haluan "leikitellä" tämän tunteei kanssa eli ottaa siihen liittyen rooleja/ voin esittää itseäni äärettömän turvattomana, avuttomana jne.

**ALA LUOTTA NIIHIN TUNTEISIIN JA TUNTEMUKSIIN, JOITA OLET TÄHÄN SAAKKA PAENNUT JA YRITÄ LÖYTÄÄ NIIDEN TODELLINEN SANOMA**

## TUTUSTUMINEN SISÄISEEN MAAILMAAMME

Sisäisessä maailmassamme on kaksi kieltä, joita voisi nimetä järjen ja sydämen kieliksi. Järjen kieli on kaikenlaista selittämistä ja se on kaikkea sitä, mitä meihin on rakentunut sen perusteella, miten olemme oppineet näkemään itsemme toisten kautta; eli mitä meiltä odotetaan, vaaditaan ja mitä sitten olemme myös itse alkaneet vaatia itseltämme. Järjen kieli on ajatuksia. Sydämenkieli on tunteita ja tuntemuksia. Tämä kieli kertoo siitä, miten välittömästi koemme erilaisia asioita.

Paniikissa on ominaista, että meidän on vaikea kuunnella itsessämme negatiivisia tunteita ja kehollisia tuntemuksia. Meidän on vaikea kuunnella esimerkiksi turvattomuuden ja avuttomuuden tunnetta. Sen sijaan pyrimme sen torjuman itsestämme tai pakenemme sitä. Me havaitsemme erilaisia kehollisia reaktioita vaarallisina; meitä välittömästi uhkaavina. Vastaavasti näiden tunteiden ja kehollisten tuntemusten yhteydessä liikkuvat ajatukset selittävät meille, että jokin uhkaa meitä, meidän on etsittävä välittömästi turvaa tai paettava jostakin tilanteesta.

**Tunteisiin ja tuntemuksiin sekä niihin liittyviin ajatuksiin tutustuminen:**

Keskity palauttamaan mieleesi jokin lähimenneisyyden tilanne, jossa aloit kokea paniikkia ja siihen liittyviä tunteita ja tuntemuksia. Kirjoita näitä tunteita ja tuntemuksia paperille. Kirjoita myös tunteisiin liittyviä toimintapyrkimyksiä eli mitä halusit tehdä tai pelkäsit tekeväsi. Tämän jälkeen yritä palauttamaan mieleen, millainen ajatus liikkui kunkin tunteen ja kehollisen tuntemuksen yhteydessä. Esimerkiksi:

<i>Tunteet ja tuntemukset</i>	<i>Ajatukset</i>
Epävarmuus, huimaus	Voin pyörtyä/ voin menettää tajuntani
Pakokauhu	Minun päästävä heti pois ( ulos)/ en voi kestää
Sydän hakkaa	Voin saada sydänkohtauksen

Tämän jälkeen voi etsiä perusajatusta, joka on kaikkein keskeisin ja yhdistää muita ajatuksia:

Esim. En selviydy yksin, minulla tulisi olla aina joku turvallinen ihminen lähellä/  
En voi turvautua toisiin ihmisiin/ en voi luottaa heihin  
Minun pitäisi yrittää pärjätä yksin/ en voi pyytää apua

*On tärkeää saada tämä sisäinen tapahtuma, joka liittyy paniikkiin mahdollisimman selkeästi esille.*

**Uudet ajatukset välineinä tutustua paremmin tunteisiin ja tuntemuksiin:**

Keskeistä on saada parempi tuntemus omista tunteista ja tuntemuksista, jotta ne eivät olisivat niin uhkaavia kuin, mitä ne nyt ovat. Uusia ajatuksia voivat olla esimerkiksi seuraavat:

**\* Vaikkakin minusta tuntuu hirveän vaikealta, minä yritän olla tässä tilanteessa tämän tunteeni (kehollisen tuntemukseni) kanssa**

**\* Minän yritän kuunnella tätä tunnetta ( tuntemusta) ja luottaa siihen, että sen on minun sisintäni, joka on minun hallussani**

**TUNTEET OSAKSI MINUA ITSEÄNI**

Paniikkihäiriössä on keskeistä pyrkimys hallita ja sulkea itsestä pois erilaisia tunteita ja kehollisia tuntemuksia, koska ne koetaan kestäättöminä ja äärimmäisen uhkaavina. Kun tunteita ja tuntemuksia paetaan, niiden kokeminen jää aina kesken, eikä näin voi oppia luottamaan siihen, että kyseisten tunteiden kanssa voisi elää ja niihin jopa alkaisi luottaa.

Yhtenä lähestymistapana aikaisemmin esitetyn lisäksi aktiivinen ja tietoinen tunteen tai tuntemuksen kokeminen. Tavoitteena on näin tutustua omiin tunteisiin ja saada ne paremmin omaan käyttöön !

Tutustumisessa tunteisiin on keskeistä seuraavat apukeinot:

1. Uusi ajattelu suhteessa tunteeseen:

- \* Tämän on hyvin vaikea kokemus, mutta siitä huolimatta haluan kokea tätä
- \* Tämä on lähes ylivoimaista minulle, mutta tämä kestettävissä

2. Sisäinen keskustelu tunteen/ kokemuksen kanssa ( äänetön tai tuotettu puhe)

- \* Minä koen nyt hirvittävää hätää, minä olen aivan avuton/ mutta minä haluan elää tämän kokemuksen loppuun, enkä halua paeta
- \* Minä olen kuin pieni lapsin yksin ja eksyksissä/ minulla on hirveä hätä, etten selviä yksin/ voin kuitenkin yrittää elää tämän kokemuksen kanssa

3. Tunteen tietoinen kehollinen eläminen

- \* Tunteen tiedostaminen omassa kehossa ja siihen tahdonalaisesti mukaan meneminen/ pyrkimys kokea tunne selkeämmin ja avonaisemmin omassa kehossa

4. Tunteen toiminnallinen eläminen

- \* Mitä tämä tunne olisi toimintana ja aiankin sen kuvitteellinen eläminen. Esimerkiksi että minulla on niin hirveä hätä, että haluaisin huutaa apua. Avun huutaminen omassa mielessä/ sisäinen huutona/ ulkoistettuna huutona

5. Tunteen dramatisointi

- \* Tunteen ja kokemuksen korostunut esittäminen mielessä/ ulospäin

6. Erilaiset välineelliset keinot saada kosketusta tunteeseen

- \* Piirtäminen, kirjoittaminen, maalaaminen, pelkkien värien käyttö jne



**Paniikki ja läheiset ihmissuhteet**

Paniikkiin liittyy usein kaksi keskeistä pyrkimystä läheisissä ihmissuhteissa:

- 1. Tarve saada ehdotonta suojaa ja turvaa toiselta ihmiseltä;**
- 2. Tarve saada elää erillisenä omilla ehdoilla**

Ensimmäisessä pyrkimyksessä on kyse siitä, ettei voi luottaa omaan selviytymiseen ja kontrolliin ja toisen tuki usein merkittävästi helpottaa tätä tilannetta. Tämän vuoksi paniikki tavallisesti herääkin, kun henkilö on yksin tai etäännytty pois jostakin turvallisesta paikasta. Monilla paniikkikohtaus helpottuu turvallisessa paikassa ja ihmissuhteissa.

Toisessa pyrkimyksessä on kyse siitä, että ihminen pohjimmiltaan haluaisi olla itsenäinen ja riippumaton. Kun sen kuitenkin on paniikkitiloissa vaikeaa, on keskeistä saada säädellä omaa erillisyyttään niillä ehdoilla, joilla se on mahdollista.

Nämä kaksi pyrkimystä muodostavat helposti ristiriidan, koska kyse on tavallaan siitä, että samalla haluaa olla riippuvainen ja riippumaton ja niiden yhteensovittaminen on vaikeaa. Tämä voi olla läheisellä ihmiselle myös vaikea tilanne. Hänen on vaikea ymmärtää, että häneen toisaalta tukeudutaan mutta häntä myös työnnetään pois.

**MIKÄ RATKAISUKSI ?**

\* On keskeistä nähdä tämä oma tapa olla suhteessa toiseen ja siihen liittyvät tunteet ja ajatukset, jotka voivat olla esimerkiksi seuraavissa muodoissa: Koen turvattomuutta, uhkaa kontrollin menettämisestä ja minä haluan sinulta tukea, että voin kestää näitä tunteitani ja luottaa omaan selviytymiseeni/ kun haluan selviytyä ja pärjätä yksin, yritä luottaa minuun.

\* On olennaista ilmaista omat tarpeet ja pyrkimykset mahdollisimman avonaisesti ja rohkeasti. Älä liikaa odota, että toinen aina tietää ja ymmärtää sinun tilanteesi, ellet tuo sitä itse esille. Ole avonaisesti riippuva ja turvautuva silloin, kun tarvitse sitä. Ilmaise myös yhtä selvästi, jos haluat selviytyä jossakin uudessa tilanteessa yksin.

**Omien tunteiden ja tarpeiden ilmaiseminen toiselle omina tunteita ja tarpeina tutustuttaa sinua myös omaan sisäiseen maailmaasi ja saat sen paremmin haltuusi ja käyttöösi. Muista myös, että ihmisellä on aina oikeus ilmaista omat tunteensa ja tarpeensa, koska se ei sinällensä loukkaa toista. Sen sijaan, jos esimerkiksi vältät pettymyksen ilmaisua ( muodossa minä tunnen pettymystä), sinä saatat alkaa syyttää läheistäsi. Tunteet, joita ei ilmaista, voivat tulla esille tarpeettomina syytöksinä suhteessa läheiseen ja tämä vain lisää ristiriitoja.**

**PANIIKIN VERTAUSKUVALLISTAMINEN (metafoorien käyttö)**

Vertauskuvilla pyritään usein saamaan jotain asiaa, joka on vaikea kuvata sanallisesti, selvemmin esille ja havaittavaksi. Kun emme oikein löydä hyviä sanoja kuvaamaan jotakin, me usein käytämme ilmaisua, että se on ikäänkuin tällainen tai tällainen/ tämä asiaa näyttäytyy tämänluonteisena. Osuva vertauskuva voi välittää tietoa itsestämme ja suhteestamme kanssaihmissiin sellaisella tavalla, ettemme ole sitä aikaisemminkin niin selkeästi pystyneet ehkä näkemäänkään.

Paniikin yhteyteen liitettävän vertauskuvan tulisi olennaisesti kuvata sitä, miten olemme tällaisessa tilanteessa suhteessa itseemme ja muihin/ kuinka näemme itsemme ja toiset silloin kun koemme paniikkia/ kuinka meidän tulisi nähdä itsemme ja toiset, ettei paniikin kokeminen olisi niin vaikeaa. Vastaaavsti voimme vertauskuvallisesti tarkastella niitä uhkakuvia, jotka liittyvät meidän paniikkiimme. Vertauskuva voidaan rakentaa kielellisesti muotoon, että olen ikäänkuin...../ minun pitäisi olla ikäänkuin. Vertauskuvan selkeyttämisessä voidaan käyttää myös piirtämistä.

Vertauskuvien rakentamisessa voit edetä seuraavasti:

1. Palauta mieleesi , miten ryhmätyöskentelyn ensimmäisillä kerroilla kuvasit suhdettasi itseen ja muihin yhteydessä yhteydessä.
2. Etsi ne ajatukset, joiden kautta kuvasivat voimakkaimpia uhkakuvia liittyneenä paniikkiin ( kauhukuvia) eli mitä pahimmillaan voisi tapahtua.
3. Laadi tämän jälkeen kielellisessä muodossa edelläesitettyihin yhteyksiin liittyviä vertauskuvia.

Esimerkiksi: Minä olen suhteessa muihin ikäänkuin kokonaan heidän armoilla, pieni ja avuton/ toiset ovat suuria, pelottavia tuomareita, jotka päättävät minun elämästäni.

Kun olet rakentanut nämä vertauskuvat, yritä piirtää ne vaikka pelkästään tikku-ukkoina, koska piirtäminen voi vielä selkeyttää ja tuoda esille korostuneesti tällaisen vertauskuvan sisällön.

Tärkeintä on tällaisen vertauskuvallisuuden pohjalla huomata, kuinka suhde itseen ja muihin / vaateet itseen ja muihin sekä uhkakuvat ovat kohtuuttomia ja epärealistisia ja ne sisältävät sellaista, mitä olemme kokeneet suhteessa muihin ehkä omassa lapsuudessamme ja olemme alitajunnallisesti säilyttäneet näitä suhtautumistapoja. Tämän pohjalta voit taas rakentaa aidompaa ja todellisempaa suhdetta itseen ja muihin.

**HENKILÖKOHTAINEN HISTORIA PANIIKIN TAUSTALLA**

Paniikin taustalla on usein elämän varhaisiin vuosiin liittyvää turvattomuuden kokemista, pyrkimystä hallita ja kontrolloida omia keskeisiä tunteitaan ja ottaa varhain vastuuta itsestä ja muista. Tämä merkitsee sitä, että on vaikea rakentaa omaa elämää ja itsenäisyyttä saamalla olla toisaalta avuton ja turvaa etsivä ja toisaalta saamalla tukea ja rohkaisua myös itsenäisyyteen ja omaan pärjäävyyteen. Tämän tuloksena itsellinen pärjäävyys ja luottamus omaan itseen muodostuu pakonomaiseksi ja "ohueksi" ja jotkin myöhemmät elämäkokemukset voivat tuoda esille taustalla olevan turvattomuuden. Tämä turvattomuus liittyy sekä suhteessa ulkomaailmaan että suhteessa omaan sisäiseen maailmaan ( kehoon ja tunteisiin).

Sinä et voi muuttaa jälkikäteen omaa elämänhistoriaasi, mutta sinä voi ymmärtää sitä entistä paremmin ja käyttää apuna tulevaisuuden rakentamisessa ja paniikkiin liittyvän uhan lieventämiseen.

**1. Ymmärtämällä paniikin taustalla olevat elämäkokemukset lapsuuden mielensisältöihin liittyvinä eli aikaan, jolloin todella olit pieni, avuton ja turvaton, mutta sitä ei saannut kuitenkaan olla, voit käsittää, kuinka uhkaavia asioita ne ovat vieläkin sinulle.**

**2. Toisaalta ajattelemalla, että olet nyt aikuinen eikä sinulla ei ole enää ulkopuolellani lapsuuden turvattomuutta, voit uskaltautua kohtaamaan niitä lapsuuden kauhuja, joita silloin jouduit pakenemaan.**

**3. Lapsuudessa koit, ettet voi turvautua muihin ihmisiin, vaan on pärjättävä yksin/ nyt voit pyytää muilta apua, jos koet jonkin tilanteen tai sisäisen tilasi ylivoimaisena.**

**4. Nyt voit ja uskallat ilmaista niitä tunteita ( pettymystä, vihaa, heikkoutta, avuttomuutta jne), jotka ennen kielsit itsessäsi, koska pelkäsit, että sinä voit jäädä vielä enemmän yksin, jos tuot omat tunteesi esille.**

**5. Tällä hetkellä sinulla on mahdollisuus myös kohdata omaa kehoasi ja sen tuntemuksia. Keho on toiminnut kiellettyjen ja uhkaavien tunteiden säiliönä ja sen vuoksi myös kehon tuntemukset ovat uhkaavia. On keskeistä ajatella, että sinun kehosi on todella sinun omistamasi eikä " vieraiden ja tuhoavien voimien", jotka voivat saada vallan.**

**6. Nyt sinulla on mahdollisuus kulkea se matka turvalliseen itsenäisyyteen, joka sinun lapsuudessasi jäi kesken ja liian lyhyeksi ja tämä matkan kulkemisessa on olennaista uskaltaa olla sekä avuton ja heikko että myös yksin itseä ja maailmaa kohtaava.**