

Tautiluokitusten filosofiaa

Risto Koskinen

SLFY 15 vuotta 17.9.2009

Realismi, nominalismi ja empirismi 1600-luvulla

Thomas Sydenham (1624-1689) oli Britannian Hippokrates, kun hän palautti kunniaan potilaan tutkimisen Hippokrateen hengessä ja vältti siihen saakka käytössä olleita mystisiä ja traditionaalisia selityksiä sairauksista. Hänen mukaansa sairaudet ovat todellisia, reaalisia olentoja, jotka ovat meistä ihmisistä riippumatta olemassa. Sydenhamin mukaan reaalisia miasmojen kautta tulevia reaalisia sairauksia olivat kuitenkin vain akuutit sairaudet, krooniset sairaudet olivat elintavoista johtuvia.

John Locke (1632-1704) taas pidettiin aikansa viisaimpana miehenä. Hän opiskeli lääketiedettä, valmistui lääketieteen kandidaatiksi, yritti kaksi kertaa saada lääketieteen tohtorin arvon, mutta ei saanut. Lääketieteen kandidaattina hänellä kuitenkin oli oikeus harjoittaa lääkärin ammattia ja sitä hän hiukan hiukan tekikin. Hänen mielestään vain todelliset oliot, esimerkiksi ihmiset ovat olemassa. Näillä olioilla voi olla ominaisuuksia, kuten sairauksia. ”On olemassa vain potilaita, ei sairauksia.” Hän oli nominalisti.

Tietoa sairauksista voitiin saada vain havainnoilla. Locke ei ollut puhdas empiristi, vaan hänen ajattelussaan oli myös realismin piirteitä. Hänen mielestään sairaudet olivat todella olemassa, hän vain ei ollut vakuuttunut, että niistä voitaisiin saada luotettavaa tietoa. Käytännön lääkärille tuo Locken ajattelu tuntuu luontevalta. Sairauksia todella on olemassa ja niistä voidaan saada tietoa havaintojen avulla.

Edelleen tieteenfilosofiassa voidaan nähdä samoja perusnäkökantoja kuin 1600-luvun lopulla.

Tieteellinen realismi nykyaikana

Tieteellinen realismi hyväksyy Sydenhamin käsityksen siitä, että todellisuus on miestä riippumatta olemassa ja todellisessa maailmassa olevia ilmiöitä voidaan tutkia ja mitä enemmän niitä tutkitaan sitä lähemmäksi päästään todellisuuden, myös tautien ymmärtämistä. Tällaisen totuutta lähenevän tieteellisen realismin edustaja on esimerkiksi Ilkka Niiniluoto. Lääketieteessä sekä perustutkimus että kliininen tutkimus voidaan nähdä tällaisena toimintana todellisuuden aina paremmaksi ymmärtämiseksi. Sairauksille voidaan näin löytää kausaalisia, etiologisia selityksiä, jotka myös auttavat hoidon järjestämisessä.

Kuinka hyvin voidaan sitten määritellä sairauksia todellisina olemassa olevina ilmiöinä? Yksi tapa on nähdä sairaudet luonnossa olevina luonnollisina luokkina. Onko mahdollista poimia luonnosta erilaisia, toisistaan selvästi eroavia tauteja ja nimetä niitä? Bakteerien tai virusten aiheuttamat tulehdukset voisivat lääketieteessä olla luonnollisina luokkina ymmärrettäviä tauteja.

Tulehdustaudit, esimerkiksi pneumokokin tai H1N1-viruksen aiheuttama tauti voisi olla

esimerkkinä luonnollisesta luokasta, joka on selkeästi erotettavissa muista taudeista. Vaikeampaa on tietysti ymmärtää esimerkiksi diabetes tai kohonnut verenpaine tuollaisena luonnossa esiintyvänä tarkkarajaisena tautina.

Nykyfilosofia ei suhtaudu kovin myönteisesti biologisten ilmiöiden ymmärtämiseen luonnollisina luokkina. Luonnosta on vaikea erottaa tarkasti erottuvia ilmiöitä. Biologista lajia on pidetty esimerkkinä luonnollisesta luokasta, jos se pystyy lisääntymään lajin sisäisesti. Tämä ei nykyään kuitenkaan ole ainoa määritelmä biologiselle lajille. Biologisen lajinkin ymmärtäminen luonnollisena luokkana on siis asetettu kyseenalaiseksi. Samoin kemiallisten alkuaineiden ymmärtäminen luonnollisina luokkina on herättänyt kritiikkiä. Eri alkuaineiden isomeeriset muodot sekoittavat alkuaineen ymmärtämistä luonnollisena luokkana.

Sairaus on myös ymmärretty luonnollisen luokan tapaisena ominaisuuksien ryvästymänä. Sairaista ihmisistä on aikojen kuluessa etsitty toisiaan muistuttavia oireita ja löydöksiä sekä taudin luontaista kehittymistä ajan kuluessa. Valtavaa sairaita koskevaa tietomäärää on pyritty hallitsemaan ryhmittelemällä sairaiden piirteiden ryvästymiä ja näistä sairauksien ominaisuuksista on sitten muodostettu eri tauteja. Näin sairaiden löydösten, hoidon ja prognoosin ryhmittämisillä on pystytty hallitsemaan sukupolvien aikana kertynyttä lääketieteellistä tietoa. Tällaisena ryvästymänä voidaan pitää esimerkiksi nivelreuman kriteerien määrittelyä.

Tieteellinen realismi sopii käsittääkseni hyvin lääketieteen ja sairauksien ymmärtämiseksi. Olemme tekemisissä todellisten havaitsemiemme luonnon ilmiöiden kanssa ja niitä tutkimalla käsitys sairauksista syvenee ja tarkentuu.

Sosiaalinen konstruktivismi

John Locken edustaman nominalismin perinteen jatkajana voidaan pitää sosiaalista konstruktivismia. Sen edustajia 1900-luvulla ovat olleet muun muassa serobakteriologi Ludwig Fleck ja Thomas Kuhn. Sosiaalisen konstruktivismin edustajien mukaan ihmiset muodostavat sairauksien käsitteet ja antavat niille nimet. Sairaudet ovat ihmisten ”keksimiä”. Erityisesti Ludwig Fleck on korostanut lääketieteen riippuvuutta sosiaalisista rakenteista ja yhteiskunnallisesta ajattelusta. On tietysti olemassa paljon esimerkkejä yhteiskunnallisen ajattelun vaikutuksista tautiluokituksiin. Homoseksuaalisuuden häviäminen tautiluokituksesta on yksi merkittävimmistä esimerkeistä. Petteri Pietikäisen esittämät esimerkit psyykkisten sairauksien diagnostiikan muuttumisesta ovat myös näitä tautiluokituksen muuttumisia. 1800-luvulla neurastenia ja hysteria olivat yleisiä diagnooseja. Pietikäisen mukaan 1900-luvun alusta lähtien samantapaisia oireita luokiteltiin neurooseiksi ja nyt on hänen mukaansa menossa depression vuosisata. Ovatko taudinkuvat muuttuneet vuosien kuluessa vai onko samoja oireita ja löydöksiä luokiteltu eri taudeiksi, tässä tapauksessa ehkä nykyisin myös paniikkihäiriöksi?

Usein taudinkuva aluksi ymmärretään oirediagnoosina tai oireyhtymänä, syndromana. Tällaisia viimeksi tautiluokitukseen tulleita tauteja ovat esimerkiksi fibromyalgia tai paniikkihäiriö. Kliinikot ovat havainneet potilaissaan samankaltaisia oireita ja löydöksiä ja näitä ryhmittelemällä muodostetaan uusi tauti ennen kuin sille löytyy selkeää etiologista, kausaalista selitystä ja spesifistä hoitoa. Fibromyalgiadiagnoosiin on suhtauduttu skeptisesti, mutta monen klinikon mielestä se on

selkeä tunnistettavissa oleva oireyhtymä, jolle ehkä tulevaisuudessa löytyy kausaalinen selitys ja sen mukaiset lääkitykset.

Käytännön lääkärin on tietysti vaikea ymmärtää puhdasta nominalismia tai puhdasta ontologista realismia sairauksien ymmärtämisessä. Näitä kahta näkemystä yhdistävä kombinoitu, yhdistävä teoria tuntuukin luontevalta. Empiiristen havaintojen avulla tutkimme potilasta ja näiden löydösten perusteella muodostamme potilaan taudista kokonaiskäsityksen, asetamme hänelle diagnoosin. Lääketieteellinen tutkimus taas tieteellisen realismin hengessä pystyy jatkuvasti parantamaan käsityksiämme olemassa olevista sairauksista ja löytää sairauksille selittäviä, kausaalisia syitä.

Sairauden ja terveyden raja

Kun määritetään, koska ihminen on sairas, koska ei, se voidaan tehdä monenlaisista lähtökohdista käsin. Lennart Nordenfelt esittää: Jos terveydentila estää ihmistä toteuttamasta primaarisia tavoitteita kohtuullisissa olosuhteissa, hän on sairas(toiminnallinen määritelmä). Toisaalla on naturalistinen näkökulma, että ihminen on sairas, jos hänellä on todettu normaalina pidettävän toiminnan häiriö. Onko ihminen sairas, jos hänellä on tauti? Oireetonta prostatacarcinomaa sairastava saatetaan lukea sairaaksi tai terveeksi. Melko yleisesti on esitetty, että ihminen on sairas, jos hänen terveydentilansa aiheuttaa hänelle kärsimystä tai toimintakyvyn alenemista tai lisää riskiä näihin tai ennenaikaiseen kuolemaan.

Tautiluokituksessa taas tehdään eroa eri sairauksien välille. Samalla täytyy myös määrittää taudin kriteerit, sen rajat; -kuinka vaikea tila luokitellaan taudiksi. WHO:n tautiluokituksessa näitä kriteerejä on asetettu psykiatrisille taudeille. Muiden tautien kriteerit ovat eri tieteellisten järjestöjen asettamia oireita, löydöksiä ja raja-arvoja, joiden ehtojen täytyy täytyä ennen kuin potilaalle voidaan asettaa kyseinen tautiluokituksen tauti. Nämä lääkärijärjestöjen asettamat kriteerit eri taudeille vaihtelevat. Esimerkiksi diabeteksen tunnusmerkit USA:ssa ja Euroopassa ovat olleet erilaiset, mutta niitä on harmonisoitu. Yleinen keskustelun aihe on meilläkin ollut eri sairauksien raja-arvojen asettamiset. 2SD:n poikkeama väestön keskiarvosta on perinteisesti ollut yksi kriteeri. Tässä tietysti tullaan ongelmaan, kun tuo poikkeama ei arkiajattelun mukaan toimi esimerkiksi silloin, jos henkilön ÄO on poikkeuksellisen korkea tai toisaalta esim. ihmisen maksa-arvot ovat poikkeuksellisen matalat. Viitearvojen raja-arvoja on viime aikoinakin muutettu. Maksaentsyymien määrien raja-arvoja on nostettu. Tämä selittynee alkoholin käytön ja ylipainoisten määrän lisääntymisellä. Samoin MCV:n viitearvon yläraja on noussut. Rasva-aineenvaihdunnan ja diabeteksen viitearvojen tiukentuminen on herättänyt hämmästyä ja keskustelua. Painoindeksin viitearvon alaraja 25 on kyllä ällistyttävän tiukka jo 30. ikävuoden jälkeen. Yli 1/3 sekä miehistä että naisista on ylipainoisia.

Itse olen praktiikassani joutunut taudin kriteerien täyttymistä pohtimaan ehkä eniten äkillisten surureaktioiden yhteydessä. Asiasta on käyty pitkään keskustelua lääkäreiden internetpalstoilla ja viime aikoina työnantajien edustajat ja työterveyshuollonkin edustajat ovat korostaneet, että esim. kuolemantapauksen yhteydessä ilmenevä surureaktio edellyttää diagnoosia, joka ei oikeuta sairaspäivärahaan. Kun vastaanotollani on pohjattomasti itkevä potilas, jonka lähiomainen on yllättäen kuollut, tuntuu kyllä itsestäni kohtuuttomalta evätä häneltä päivärahoikeus, kun hän on selvästi työkyvytön. Tästä problematiikasta on olemassa myös eettisen foorumin kannanotto, joka

mahdollistaa sairauspäivärahaan oikeuttavan diagnoosin kirjoittamisen potilaan terveydentilan niin vaatiessa.

Samaan ongelmakenttään kuuluu äkillisen psyykkisen trauman aiheuttaman jälkipuinnin asema. Syyskuun alussa julkistettiin Käypä hoito-suositus debriefingtoiminnasta. Itse olin 90-luvulla mukana siinä toiminnassa viisi vuotta. Äkillisen stressireaktion luokittelu psyykkiseksi sairaudeksi on ongelmallista ja itse olen ymmärtänyt debriefingtoiminnan sosiaalisesti ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi. Siinä ei diagnooseja aseteta eikä ainakaan aikaisemmin edes istuntoihin osallistuvien nimiä kirjattu ylös eikä istunnoista toimintaperiaatteen mukaisesti tehty muistiinpanoja. Näinhän ei terveydenhuollossa menetellä. Vaikka terveydenhuollon ammattilaisia onkin ollut mukana em. toiminnassa, itse pidän sitä hyödyllisenä sosiaalisena tapahtuneen selvittelyä, vertaisverkostojen luomisena ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevien seulontatoimintana. Nykyaikana ihmisten sosiaaliset verkostot ovat usein niin olemattomat, että debriefingtoiminnan antama tuki on omien kokemusteni valossa perusteltua.

Tautiluokituksen kehitys

Palataan 1600-luvun lopulle. Isaac Newton (1642-1727) kuului Sydenhamin ja Locken tuttavapiiriin. Newton ehdotti Sydenhamille lääketieteeseen luotavaksi samanlaista luokittelujärjestelmää kuin moneen luonnontieteeseen oltiin tekemässä. Sydenham uskoi sellaisen hyödyllisyyteen, mutta ei sitä tehnyt. 1700-luvulla sellaisia tehtiin Ranskassa, jossa luokittelu perustui sairaiden ulkoisiin merkkeihin. Siinä luokituksessa oli lopulta yli 2000 taudin nimikettä. Ruotsissa Carl von Linné julkaisi oman luokituksensa 1735 samalla periaatteella kuin hän oli tehnyt kasvien luokituksen. Siinäkin taudit ryhmiteltiin ulkoisten löydösten ja oireiden perusteella.

1800-luvulla tauteja alettiin luokitella ensin morfologisten, anatomisten löydösten perusteella ja vuosisadan lopulla sitten lääketieteen kehittyessä etiologisten ja fysiologisten syiden perusteella. Näin oli päädytty oireiden, oireyhtymien, anatomis-patologisten muutosten ja etiologisten syiden ryhmittelyyn sairauksissa. Kuolemansyinä tulivat lisäksi tapaturmat.

1800-luvulla heräsi yhteiskuntien kiinnostus väestötieteeseen. Kiinnostuttiin kuolemansyistä ja 1855 britti William Farr esitteli kansainvälisessä kokouksessa kuolinsyyluettelon, missä oli 139 nimikettä. Se sai yleisen hyväksymisen ja sitä kehitettiin ja vuonna 1893 se julkaistiin ICD:n ensimmäisenä painoksena. 1948 ICD siirtyi vasta perustetun WHO:n hoitoon ja luokitukseen lisättiin myös sairauksien luokittelu. Sen jälkeen luokitusta on pyritty uusimaan 10 vuoden välein. Viimeinen ICD-10 on ollut Suomessa sairauksien luokitteluna vuodesta 1996 alkaen. Viimeisin päivitetty WHO:n versio on vuodelta 2007.

APA (Amerikan psykiatriyhdistys) julkaisi ensimmäisen version psykiatrisesta tautiluokituksesta (DSM) vuonna 1952. Sen kolmas versio DSM-III julkaistiin vuonna 1980. Siinä luokittelua oli merkittävästi muutettu. Luokittelussa pyrittiin deskriptiiviseen, kuvailevaan taudinmääritykseen viiden akselin avulla. Tällä pyrittiin yhtenäistämään psykiatristen tautien luokittelua, kun siinä todettiin epäyhtenäisyyttä ICD-luokittelun perusteella. Tällaisessa luokitteluperusteessa on si irrytty Linnen malliseen havaittujen oireiden luokittelun ja on siirrytty pois syyperusteisesta luokituksesta. DSM-IV on paljon käytössä myös Suomen psykiatriassa. Tulossa on DSM-V, jossa ilmeisesti pyritään enemmän ottamaan huomioon ympäristön vaikutusta psyykkiseen sairastumiseen.

Myös somaattisten sairauksien diagnostiikkaan on tuotu uusia oireenmukaisia diagnooseja. Tästä on esimerkkinä MBO-diagnoosin käyttöön otto. Sitä diagnoosia voidaan pitää lockelaisena, sosiaalisen konstruktivismiin mukaisena keksittynä tautina. Siinä on yhdistetty eri sairauksien kriteereitä, jotta saataisiin käyttökelpoinen riskidiagnoosi sydän-verisuonisairauksien ja diabeteksen ilmenemiselle. Koska näihin tauteihin sairastumisriski nousee MBO-potilailla heitä voidaan pitää sairaina aikaisemmin mainitun kriteerin perusteella, joten diagnoosin asettaminen on perusteltua. Tällä hetkellä tuon taudin etiologia ei ole selvillä vaikka geneettisiä syitä etsitään. Ehkä ne ja mahdollisesti MBO:n sisältämien tautien yhteinen etiologiakin selviää. Silloin on siirrytty syndromadiagnoosista etiologiseen diagnoosiin.

Oma käsitykseni tautiluokituksen nykyvaiheesta on, että toisaalta pyritään kuvailemaan tauteja deskriptiivisesti ja tavoitteena on operationalisoida luokittelua. Toisaalta tietysti etsitään sairauksien etiologisia ja geneettisiä syitä ja geneettisiä riskejä. Sairauksien mekanismien selvittely johtaa myös uusien tautientiteettien muodostumiseen.

Tieteen filosofiassa on tällä hetkellä samanlaista trendiä. Mallien ja mekanismien tutkiminen eri tieteiden alueella on nyt suosittu tapa lähestyä ongelmia. Malleilla ja mekanismeilla pyritään kuvaamaan taloustieteen ilmiöitä, biologista lajien säilymistä, hermoston toimintaa, kielen ilmiöitä jne. Menetelmässä luodaan malleja, joiden soveltuvuutta todellisuuteen sitten testataan. Näin saadaan ilmiöiden hallitsemiseksi välineitä. Esimerkkinä on Carl Craverin hermoston toiminnasta luomat mekanistiset mallit. Tämä ajattelumalli sopii hyvin sairauksien hahmottamiseen. Esimerkiksi kohonneessa verenpaineessa tai diabeteksessä voidaan hyvin nähdä toimivia vuorovaikutussuhteita, joita voidaan mallintaa. Tämä lisää ilmiön ymmärtämistä ja siihen vaikuttamisen mahdollisuuksia.

WHO on julkaissut myös Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen tautiluokituksen, ICF. Sen suomenkielinen versio ilmestyi 2004. Siinä arvioidaan ihmisen toimintakykyä eri dimensioilla.

Perusterveydenhuoltoa varten on kehitetty oma tautiluokituksensa, ICPC. Siinä luokittelussa on mukana paljon syitä, joiden vuoksi on hakeuduttu terveydenhuollon palveluihin.

ICD, ICF, ICPC ja ICHI (toimenpideluokitus) ovat mukana WHO luokitteluperheessä, joka pyritään yhtenäistämään.

ICD-11

Tautiluokitus voidaan nähdä enemmänkin tautien luettelona kuin loogisena luokituksena. Mitään yhtenäistä luokitteluperustetta sille ei ole. Lester King on sanonut: Jos lääketieteessä teoria ja käytäntö joutuvat ristiriitaan, teoria lentää ikkunasta ulos. Tämä on lähtökohtana myös ICD:n uudistuksissa. Luokitusta ei voi paljon muuttaa, koska uusien vuositilastojen täytyy olla vertailukelpoisia edellisten vuosien tilastoihin. ICD-11:n luomisessa on tietysti haasteena sen sopiminen nykyisiin ja tuleviin tietojärjestelmiin. Pari viikkoa sitten Seoulessa oli WHO:n kokous, missä uutta versiota valmisteltiin.

Toivoa sopii, että uusi luokitus on käyttäjäystävällinen.