

Oireiluerkkyys ei selity ympäristötekijöiden altistevaikutuksilla

Kiitämme tietokirjailija, ravinto-asiantuntija Juhana Harjua kommentista katsausartikkelimme.

Vastakkaiset näkemykset ympäristöaltisteiden roolista oireilua ja sairautta selittävinä tekijöinä ovat ympäristöherkkyyksiä käyttävän keskustelun ytimessä. Väittelyä siitä, johtuuko oireiluerkkyys tavanomaisten arkipöytätekijöiden pienistä pitoisuuksista vai ihmisen reagoitavasta, on käyty kansainvälisessä kirjallisuudessa ainakin 1970-luvulta lähtien.

Jyrkkä joko-tai -keskustelu ei anna oikeaa kuvaa oireilua selittävistä tekijöistä eikä auta kärsiviä potilaita. Aina kun kuka tahansa meistä oireilee, on mukana ihmisen ja tilanteen mukaan vaihteleva määrä psykososiaalisia tekijöitä, tulkintaa, sairauskäyttäytymistä ja merkityksiä, joita yksilö ja ympäristö liittävät oireiluun. Ei ole mitään syytä epäillä, etteikö tämä pitäisi paikkaansa myös ympäristötekijöihin liittyvän oireiluerkkyiden, niin sanotun ympäristöherkkyyden osalta.

Ympäristöherkkyydelle on valitettavasti usein tunnusomaista oirekuvan psykologisten tekijöiden osuuden kieltäminen, jolloin on vaikea ottaa vastaan tietoa, joka vähentäisi sairausahdistusta ja edistäisi selviytymiskeinoja, tai kokea hyötyä psykofyysisistä lähestymistavoista (1).

Toksikologinen selitysmalli oireiluerkkyiden selittäjänä on jäänyt hypoteesiasteelle, koska toksikologisten peruseräiteiden mukainen näyttö altistevaikutuksista puuttuu (2). Toisaalta vahvaa näyttöä on muista mekanismeista, jotka selittävät oireiluerkkyiden syntymisen sekä sen, miten herkkyys säilyy tai pahenee (3).

Kymmenissä sokkoutetuissa kokeissa on osoitettu, että sähköherkät eivät pysty erottamaan,

onko heille oireita aiheuttava sähkölaite kytketty päälle tai pois (4). Vastaava ilmiö on osoitettu sokkoutetuissa kokeissa monikeemikaaliherkkien osalta (5). Nämä kokeet osoittavat, että oleellista oireiden syntymiselle on tiedostettu tai tiedostamaton kokemus tai oletus altistumisesta. Harju viittaa tutkimuksiin, joissa tutkitavat ihmiset ovat tietoisia altistumisesta. Tällaiset tutkimukset ovat sokkoutettuihin kokeisiin verrattuna huomattavan heikkoa tieteellistä näyttöä.

Väittely kuitenkin jatkuu, koska on edelleen tutkijoita ja tahoja, muun muassa ympäristölääketeen toimijoita, joiden selitysmallit lähtevät puhtaasti altistevaikutuksista. Kirjallisuudesta löytyy aina yksittäisiä julkaisuja, joita voi käyttää näkemystensä perusteena. Asiantuntijoiden tulee pitäytyä selitysmalleissa, jotka kestävät kriittisen tieteellisen tarkastelun. Samaa periaatetta noudatimme katsauksemme teossa.

Tärkeä asia, jonka Harju ottaa esille, on se, mitä hoitoa ja tukea potilaille pitäisi antaa. Ehdoton tavoite on potilaan työ- ja toimintakyvyn ylläpito, ja siinä potilaan omat toimet ovat keskeisiä. Usein esitetty kysymys on, tuleeko välttää vai sietää. On luonnollista välttää epämiellyttäviä, varsinkin vaaralliseksi koettuja tekijöitä. Tästä voi kuitenkin joskus seurata epätarkoituksenmukaista pelkoa, sairausahdistusta ja välttämiskäyttäytymistä. Niiden asteittainen purkaminen on oleellista toimintakyvyn ja elämänlaadun kohentamiseksi.

Jos henkilön asuin- tai työympäristössä on tunnettuja, terveydelle haitalliseksi todettuja tekijöitä, ne pitää tietysti pyrkiä poistamaan. Tätä ei kuitenkaan pidä viedä liian pitkälle. Tavanomais-

ten olosuhteiden välttämiseksi voi käydä niin, että välttämiseksi ei tule loppua, oireiluerkkyys laajenee uusiin ympäristötekijöihin ja oireiluerkkyys voimistuu. Yhä steriilimmän ympäristön tavoittelusta voi seurata myös muuta haittaa (6).

Potilas on omien oireidensa paras asiantuntija, joten tarvitaan potilaan ja lääkärin hyvää vuorovaikutusta sekä vastakkainasettelun välttämistä. Lääkärin tehtävä on arvioida oireiden syyt ja suunnitella hoito sen mukaisesti. Kokemusasiantuntijoiden tuesta on hyötyä silloin, kun he tukevat paranemista ja työ- ja toimintakykyä mutta eivät korosta ympäristötekijöiden vaarallisuutta ja kannusta liialliseen välttämiseen. Kun yhteisenä tavoitteena on potilaiden auttaminen, eri toimijat eivät ole vastakkain vaan samalla puolella. Hoitomenetelmien kehittämistä tulee edelleen jatkaa. ■

KIRSI KARVALA, JUHA PEKKANEN, EEVA SALMINEN, KATINKA TUISKU, CHRISTER HUBLIN JA MARKKU SAINIO

KIRJALLISUUTTA

1. Hausteiner C, Bornschein S, Zilker T, ym. Dysfunctional cognitions in idiopathic environmental intolerances (IEI) – an integrative psychiatric perspective. *Toxicol Lett* 2007;171:1–9.
2. Hetherington L, Battershill J. Review of evidence for a toxicological mechanism of idiopathic environmental intolerance. *Hum Exp Toxicol* 2013;32:3–17.
3. Van den Bergh O, Brown R, Petersen S, Witthöft M. Idiopathic environmental intolerance: a comprehensive model. *Clin Psychol Sci* 2017;5:551–67.
4. Rubin GJ, Hillert L, Nieto-Hernandez R, ym. Do people with idiopathic environmental intolerance attributed to electromagnetic fields display physiological effects when exposed to electromagnetic fields? A systematic review of provocation studies. *Bioelectromagnetics* 2011;32:593–609.
5. Das-Munshi J, Rubin GJ, Wessely S. Multiple chemical sensitivities: a systematic review of provocation studies. *J Allergy Clin Immunol* 2006;118:1257–64.
6. Haahtela T, Renkonen R. Sisäilmasta sairaaksi – näyttöön perustuvaa lääketiedettä? *Duodecim* 2017;133:1121–3.