

アン・ドッジは過去十五年間に何人の医師を訪ねたか、もうわからなくなっていた。振り返ってみると、三十人近い医師に診てもらっただろうか。そして今、二〇〇四年のクリスマスマスの二日後、思いがけず寒さの緩んだ朝に、アンはまた新しい医師に会うためにボストンに向かって運転しているのである。プライマリケアの医師は、彼女の問題は慢性的なものでさらなる相談は無駄だろう、とボストン行きに反対したのだった。しかしアンはボーイフレンドが執拗に診察を勧めた。そこで彼女は、行けばボーイフレンドは納得し、自分も昼過ぎには帰宅できるだろうと自分に言い聞かせ、出かけた。

アンは薄茶色の髪、優しい空色の瞳の三十代。マサチューセッツ州の小さな町で育ち、四人姉妹の一人である。家族には、アンと同じ病気をもつ者は誰もいない。二十歳の頃、アンの身体が食べ物を受けつけなくなった。食事をした後、見えない手が自分の胃袋を掴みぐるぐると捻っているような感じがした。激しい悪心と疼痛に襲われ、ときには食べたものを吐いてしまった。家族のかかりつけの医師が診察をしたが、どこも悪くないと言って制酸剤をくれるだけだった。しかし薬を飲んでも症状は治まらない。食欲がないときもアンは食べる努力をしたが、何を食べても後で気分が悪くなり、こっそりトイレに行って食べたものを吐くようになった。医者は原因が何だかうすうす察していたが、念のために精神科医を紹介した。そして診断が下ったのである。嘔吐ならびに食物への嫌悪を特徴とする病気、過食症を伴う神経性食欲不振症だった。治療されなければ餓死する恐れのある病気だ。

アンは長年にわたり、プライマリケア医である複数の内科医を訪れ、やっと現在の医師、摂食障害患者を専門とする女医に辿り着いた。と同時にアンは数多くの専門家——内分泌科医、整形外科医、血液内科医、感染症の専門医、それから当然のことながら、心理学者や精神科医の診察を受けた。今までに四種類の抗うつ剤を処方され、週一回はカウンセラーと話をする「トーク・セラピー」を受けてきた。栄養士たちが彼女の毎日のカロリー摂取量を綿密に監視してきた。

それでもアンの健康状態の悪化はとどまらず、この十二ヶ月は今までの人生の中で最も惨めな一年間だった。赤血球数も血小板も危険なレベルまで低下した。骨髄生検の結果、発育している細胞が極めて少ないことがわかった。アンが受診した二人の血液内科医は、血球数が下がっている原因は栄養不良だと指摘した。アンは重度の骨粗鬆症も患っていた。ある内分泌科医には、ビタミンDとカルシウム不足のため、八十歳代の女性並みの骨だと言われたほどである。整形外科医の診断では中足骨（蹠を構成する骨）に小さなひびが入っているのを発見され、免疫低下の兆候も現れた。髄膜炎を含む一連の感染症も患った。しかも今年は、医師の監督のもとで体重を増やすために、精神科に四回も入院したのだった。

— 身体の機能を回復するには、主に穀物やパスタなど消化しやすいものを食べ、一日三千キロカロリー相当を摂取しなければならぬ、とアンは内科医に言われたが、食べれば食べるほど気分が悪くなったのである。激しい悪心が起り、吐きたくなくなるだけでなく、最近では重度の腹痛と下痢をくり返していた。医師から、過敏性腸症候群という心理的ストレスと関連のある疾患だと告げられた。十二月に入ると、アンの体重は三十七キロまで下がっていた。無理矢理三千キロ弱のカロリーを摂取していたにもかかわらず、着々と進む体重低下は、アンが嘘をついているという確実な証拠だと内科医も精神科医も考えていたらしい。

アンはその日、消化器の専門家マイロン・ファルチャク医師に会うためにボストンに向かっていたのである。ファルチャクはアンの診療記録を前もって手に入れ、彼女の過敏性腸症候群は精神状態のさらなる悪化

を示していると内科医から聞いていた。内科医たちの報告書には、ファルチャクへのメッセージが暗に含まれていたのである。ファルチャクの果たすべき役割は、数多くの医師に幾度となく突っつかれ調べられたアンの腹部を診察してから、過敏性腸症候群はたしかに不快で不愉快だろうが、内科医たちが勧めたとおり、適切な食餌療法と精神安定剤で治療すればいい、と本人に言い聞かせることだった。

しかしファルチャクは期待されたとおりにしなかった。その代わり、アンに質問し、答えを聞き、先入観なしで診察し、病気について今まで彼女を診た医師たちと違う視点から考えることを始めた。その結果、彼はアンの命の恩人となったのだ。今までの十五年間、彼女の病気の重要な側面に誰も気づかなかつたのである。

本書は、患者を診察するときに医師の頭の中で何が起きているかに関する探索の書である。この本の構想は、三年前の九月のある朝、インターン、研修医、医学部学生の一群を連れて回診しているとき、不意にやってきた。私は「総合医学」の指導医として、この研修生チームに私の専門分野である血液病、癌、エイズだけでなく、多種多様な症状をもった患者のケアを指導する責任を担っていた。我々の担当する病棟には肺炎、糖尿病、その他の一般的な疾病の患者もいれば、即座に診断がつかない症状の患者、あるいは、さまざまな治療法の可能性があり、どれか一つの治療法に決められない患者もいた。

私は、伝統的な回診方法が好きだ。チームの一員が、症例の重要な要素をまず説明し、それから一同がベッドサイドへ移動し、患者に質問をして診察をする。それからチームは会議室に戻り、問題について話し合う。話す際に私はソクラテス式問答法に従い、学生とレジデントたちが互いに考えを投げかけ、私にもチャレンジしてくることを奨励する。だが、その九月の朝、回診が終わったとき、なぜか心が穏やかではなかつた。研修チーム内の議論のかけあいの無さを憂慮し、それ以上に彼らの師である私自身に落胆していた。とても

頭のいい、愛想のいい医学生、インターン、レジデントたちは、的を射た質問をしたり、注意深く相手の話を聞いたり、するどく観察することに関しては、ほとんどが落第生だった。彼らが患者の問題についてあまり深く考えていないことに私は気づいた。つまり、臨床的な謎を解き、人間のケアをすることの教育方法に深刻な欠点があると感じたのだ。

このような批判はよく聞く。医師は齢を取るにつれ、新しい世代の若い医師が、自分たちに比べて洞察力がないとか能力がないと嘆くのが常である。たとえば、「私が研修生だった二十年前は、それは厳しくって、よく勉強しないと大変だった。最近の若者ときたら……」という具合に。昔を懐かしむ老医師たちは、自分たちを研修生から完璧な医師へと変身させてくれた何ものかの魔法が消えてしまったかのように嘆く。懐かしさで歪曲されたレンズを通して見る自分たちの青春時代は、時間的にも空間的にも、現在より優れているという思い込みを、どの世代ももち続けるのではないかと私は思う。実をいうと、私自身もつい最近まで、同じノスタルジアを感じていた。しかし、振り返ってみると、私が受けた医学教育にも大きな欠点があったことに気づいた。ただ、私が経験した学習過程と私の研修生の学習過程は、問題の質というか、欠点の種類が違うのである。

私の世代は、臨床医としてどのように考えるべきか、明確に教えてもらったことがない。見よう見まねで覚えたのだ。中世のギルドで弟子が師匠を観察するように、研修生は先輩の医師を観察し、新米は先輩の診断と治療へのアプローチを吸収することを期待されていた。指導医が、自分の判断決定に至るまでの思考手順を具体的に説明することは稀だった。この数年間、このような行き当たりばつたりのアプローチに対する強い反発が起ってきたのである。そこでもっと組織立った仕組みを確立する目的で、前もって設定されたアルゴリズムおよび決定の樹状図を使った診療ガイドラインを導入して医学生とレジデントを教え始めている。現在、米国と欧州の多くの病院において、経営管理者たちがその方式を上層スタッフに促すようになっ

た。特に保険会社は、特定の診断検査や治療法の使用を承認するかどうかを決定する際に、有用な方法だと考えている。

臨床的デザイン・ツリーの幹に当たる部分は患者の主症状あるいはラボの検査結果であり、それはすべて幹の上に描かれた箱の中に書き込まれる。最初の箱から他の箱へと矢印が枝のように伸びている。たとえば、「喉が痛い(咽頭痛)」といったよくある症状をアルゴリズムの出発点に置き、そこから関連した症状に関する質問が枝のように広がり、「はい」または「いいえ」と答えながら進む。発熱の有無は？ ノドの痛みに伴い、リンパ節の腫脹はあるか？ 家族の他の者は同じ症状を呈したか？ 同様に、ノドの細菌を調べるための培養などの検査が幹のさらに下のほうに現れ、培養結果に関する質問に対する「はい」または「いいえ」という答えに基づいて枝分かれしていく。最終的に、最後まで枝をつたっていくと、正確な診断と治療に辿り着くはずである。

臨床アルゴリズムは、ありきたりの診断と治療、たとえば、溶連菌による喉頭炎とウイルス性咽頭炎を識別するのに役立つかもしれない。しかし、医師が「箱」から抜け出て考えなければならぬとき、症状が曖昧なとき、症状が複数で混乱を招くとき、検査結果が明快でないときなど、アルゴリズムはすぐ崩壊してしまう。そのような困難な症例の場合——まさに洞察力のある医師が必要とされるとき——アルゴリズムは、自分自身で考えることや創造的に考えることの助けにならない。医師の思考を広げるといふより制約してしまうのである。

同様に、すべての治療法の決定を統計学的に立証されたデータのみに基づいて行なうという傾向が進んでいる。いわゆる科学的なエビデンスに基づいた医療(EBM)は急速に広がり、今や多くの病院において規範になっている。統計学的に立証されない治療法は、臨床試験の成績に基づいた一定量のデータが得られるまで、ご法度なのだ。もちろん医師は誰でも、治療法を選択する際にその研究成果も検討すべきである。し

かし、EBMに頑なに依存する今日の医学では、医師が数字だけに頼って受動的に治療法を選択する危険がある。統計は、目前にいる生身の患者の代わりにはならない。統計は平均を表すものであり、個体を表さない。医薬品や治療に関する医師個人の経験に基づく知恵——臨床試験の成績から得られた「ベスト」の治療法が、その患者のニーズや価値観に適合するかどうかを判断する医師個人の知識——に対し、数字は補足的な役割でしかない。

毎朝、回診が始まると、学生やレジデントがアルゴリズムに目を通し、最近の治療の統計を挙げるのを私は観察していた。次世代の医者は、厳密な二進法の枠組みで作動する周到にプログラムされたコンピュータのように機能することが条件づけられているのだろう、というのが私の結論だった。学生とレジデントが、アルゴリズムおよびEBMにばかり頼るさまを、数週間物憂い気持ちで見ている。また、彼らの視野を広げ、他の方法を教えられない自分に対しても穏やかでない気分だった。そこで、単純な問いを自分に向けた——医師はどのように考えるべきか？

いうまでもなくその自問は次々と他の質問を生んだ。医師によって考え方は違うのか？ 専門科ごとの主流の考え方はあるのか？ つまり、外科医の思考法は内科医と異なり、内科医は小児科医と異なるのか？

何か「ベスト」の考え方があるのか、それとも正確に診断し、最も効果的な治療法を選択する方法は一つでなく複数あるのか？ 前例がまったくない、あるいは極めて前例が少ない病態を呈する患者と向き合って、即断をしなければならぬとき、医師はどう考えるのか？ (この状況では、アルゴリズムは役に立たず、統計は皆無だ)。また日常的な外来診察のときと救急医療のときでは、医師の考え方は違うのか？ 医師の感情

——特定の患者に対する好き嫌いとか、患者の生活の社会的・心理学的特性に対する態度——が考え方に影響を及ぼすのか？ 熟練した名医でも、正しい診断につながる鍵となるヒントを見逃し、正しい治療への道から遠く迷うことがあるのはなぜか？ 要するに、医学における思考はいつ、そしてなぜ、正しい方向から

間違った方向へ行くのだろうか？

自問をいくくり返しても、答えは容易に出なかった。権威のある医学部とレジデント制度の中で教育され、臨床医としてかれこれ三十年間医師をしてきたにもかかわらず、である（精神科医の思考方法を評価することは、私の能力を超えた試みだとすぐ気がついた。精神医学はとてつもなく広い分野にわたり、思考や精神に関するさまざまな学派や理論を包含する。そのために、本書においては精神科の探索を行わない）。そこで、同僚たちに答えを求めた。私が尋ねた現役の医師たちの大半は、興味はあるが、自分たちの思考過程について実際に考えたことはないと言った。

次には医学文献を調べ、臨床的思考法の研究に答えを求めた。複雑な数式を伴う、医学における「至適」^{オプティマル}な判断決定に関しては豊富な研究材料が存在する。しかし、それらの公式は現場を反映することも、実際にそれを実行することも不可能に近い、と公式を信奉する人々自身が認めていることがわかった。私は、「どう考えるべきか」を研修生たちに教えられない理由がわかったような気がした。また、私が患者に最大限に奉仕していないことにも気づいた。私自身の思考方法をもっと認識すれば、特に思考の落とし穴に気を配れば、よりよい医師になれるかもしれない、と感じたのである。アン・ドッジの診察をした血液内科医たちの中に私は含まれていなかったが、私とその一人だったとしても不思議ではない。私も彼女の診察を間違えたかもしれない。

もちろん、医師が常に正しい判断をするとは、誰も期待できない。医学は基本的に不確実な科学である。医師は誰でも診断と治療を間違えることがある。しかし、どうやってよりよく思考できるかを理解すれば、間違いの頻度と重度を軽減することは可能だ。本書はそれを目標にして書かれたものである。主に一般の読者を想定して書いたが、医師ならびに他の医療従事者にも役立つと思う。

なぜ素人向けに書いたのか？ それは、医師が考える際に、患者およびその家族や友人の助けがとても必要となるからだ。彼らの助けがなければ、患者の病気は本当に何なのかを知るための重要なヒントを見逃してしまう。私は医師としてではなく、自分が病気を患い患者だったとき、それを学んだのである。我々は皆、診察されるときに、医師がなぜあのような質問をするのだろうか、情報を収集するときになぜ回り道をして予想外の領域に入るのだろうか、不思議に思ったことがあるにちがいない。ある診断を決定したり特定の治療法を勧めたが、他の診断や治療法を除外した理由は何だろう、と考えたこともあるはずだ。医師の言うことに耳を澄まして必死に聞き、医師の表情から何かを読み取ろうと努力しても、何を考えているのだろうか、と謎は深まるばかりだ。医師が何を考えているかがわからないと、医師とうまくコミュニケーションできない。すると、正しい診断と最適の治療をもらうために必要な情報をこと細かに伝えることができなくなる。

アン・ドッジの場合、無数の検査や処置をされた挙句、一人の医師に辿り着いた。フアルチャクという医師を正しい診断に導き、自分の命を救ったのは、アン自身の言葉だった。高解像度MRIとか精密なDNA分析など、数々の目覚ましい技術に支えられた現代医学においても、臨床の現場の基礎は依然として言葉である。何が気になるのか、どこがおかしいと思うのかを患者が医師に伝え、医師の質問に答える。この対話こそ、医師の思考法に関する最初の手がかりとなり、本書もそれを出発点とする。医師が語る内容およびその伝え方を手がかりに、医師の頭の中を探索するのである。医師との対話で患者が得られるものは、臨床的な考え方だけではない。医師の感情的な温度を測ることもできる。感情を測るといえば、たいしては医師が患者を観察することを指す。しかし、医師の気分や気性がどれほど本人の医学的判断に影響を及ぼすか、我々はほとんど認識していない。もちろん、医師の感情が見えるのはほんの一瞬だが、その診断を選んだ理由、あるいは治療法を提示した理由について、その一瞬から多くの情報が得られるかもしれない。

医師の言葉と感情の重要性を検討した上で、本書は、患者と医師が辿る道を追って、現代の医療制度の中

を案内していく。

緊急時にはER(救急治療室)へ駆け込む。救急治療室の医師たちは、患者をよく知る余裕はなく、病歴の限られた情報を頼りに処置をしなければならぬ。そういった状況で医師はどう思考するのか。時間との戦場である救急治療室では、鋭い判断がなされる場合もあれば、深刻な認識エラーが起ることもある。そういった状況で救急医たちがどう思考するかを本書は論じる。緊急でない場合、治療はプライマリケア医(子供なら小児科医、大人なら内科医)から始まる。今日的な言い方をすれば、プライマリケア医は専門家へのドアを開く門番だ。本書の物語はその門をくぐって進む。一步一步進みながら、聡明な医師でも自分の思考に疑問をもつこと、自分の分析が間違っている可能性を常に考慮することがいかに重要かを論じる。また、たとえためらいがあったとしても、臨床の現場では思い切って行動せねばならない医師の葛藤がある。第七章では、私自身の事例を報告する。私の手が不自由になったとき、手の専門医として名高い六人の外科医の意見を乞うことになり、四つの異なる意見を聞いた。

一般に、直感力は高く評価されており、第一印象は結構当たることがある。しかし、多くの医師の話聞いてみると、直感力に過度に依存することは危険を孕むようだ。説得力のある医学的判断は、第一印象(ゲシュタルト)と慎重な分析を融合したものから得られる。それは時間を要することだが、分刻みの予約という医療制度においては、時間は最も貴重な資源かもしれない。思考する時間を確保するために、患者と医師は何をすればいいのだろう。その問いを本書で検討する。

今日、医学はお金とは無関係でいられない。製薬会社による熱心なマーケティングは、どれほど意識的／潜在意識的に医師の判断に影響を与えるのだろうか？ お金のために身売りをする医師はほとんどいないと私は信じているが、我々の考え方を方向づけようとする製薬会社の微妙な、ときにはあからさまな試みに、誰もが影響されやすいと思う。もちろん製薬産業は我々にとって不可欠な存在である。製薬会社がなければ、

新しい治療法が得られず、医学の進歩が鈍化してしまう。本書では、数人の医師と製薬会社の役員が、医薬品のマーケティングについて率直に語っている。加齢の自然な現象が誤って病気に仕立てられる状況を説明し、患者がそれに対して対応できる方法についても論じる。

癌はもちろん、高齢になればかかりやすくなる、恐れられている病気である。男性の二人に一人、女性の三人に一人は、一生のうちに癌になる。最近では、以前は難治性と思われていた種類の癌に対する臨床的成功例もあるが、多くの悪性腫瘍は、うまくいったところで一時的に抑えられるだけである。腫瘍学の専門家が、複雑で厳しい治療法の価値をどう考えるかについては、科学の理解だけでなく人間の「魂」に対する感性も要求される。患者がどの程度のリスクを負う覚悟があるか、また、人生の最期をどう過ごしたいのか、医師は把握しなければならぬ。医師が患者の選択をどのように導くか、また、患者がどのように自分の性格や生活様式に一番合った治療法を医師に伝えることができるかを、二人の癌専門医が教えてくれる。

医者の中の頭の中を旅した後、再び言葉の問題に戻りたい。結びの章では患者、家族、ならびに友人たちが内科医や外科医の考えを助け、ひいては自分たちを助けることができる「言葉」について提案する。医師はどう考えるのか、ときにはちゃんと考えないのはなぜか。それを知ることができれば、患者とその家族や友人は医師と真のパートナーになれる。その知識を使って患者は自分に関する最も重要な情報を医師に与え、正しい診断の方向へ導き、必要とする治療を提供してもらえようように医師を手伝うことができる。患者と家族や友人は、経験豊かな医師に対して、思考を間違えないように誘導できる。私が自問しても即座に自答できなかった問題は山ほどあるが、患者とその家族が答えを提供してくれるかもしれない。

アン・ドッジがマイロン・ファルチャク医師を訪ねてから間もない頃、私はポストンのベス・イスラエル・デイーコネス医療センターにあるファルチャク医師のオフィスを訪れた。彼は小柄だががっちりとした

六十代の男性で、広い額と髪が無い頭、生き生きとした目をしていて。どこの出身かわかりにくい、音楽的ともいえる発音で英語を話す。生まれはヴェネズエラの田舎町で、家ではイディッシュ語を話し、村ではスペイン語を話して育ったそうだ。少年のとき、ニューヨークのブルックリン地区の親戚に預けられ、英語はすぐに覚えた。このような生い立ちのせいか、彼はとくに言語の微妙なニュアンス、言葉の力に敏感になっただけで、フアルチャクはニューヨークを離れてダートマス大学へ行き、後にボストンのハーバード大学医学部に入學、さらにボストンのピーター・ベント・ブリガム病院で研修を受けた。国立衛生研究所(NIH)では数年間、腸の病気を専門に研究した。四十年近い経験にかかわらず、患者を治療することへの熱意を失っていない。アン・ドッジの話になると、彼は身体に電流が走ったかのように背筋を伸ばして生き生きと語り始めた。

「彼女はがりがりに痩せていて、やつれた感じだった」とフアルチャクは話し出した。

「疲労によるシワが顔に刻まれていた。待合室で手を結び、じっと動かずに座っている彼女を見ると、怯えているのがわかった」。最初からフアルチャクはアン・ドッジのボディ・ランゲージを観察していたのである。身体的状態だけでなく、精神状態についても、すべてが手がかりになりうる。この患者は苦しみ打ちめられている。優しく、殻から引き出してあげなくてはならない、と考えた。

医学部の学生は、手順の決まった方法で患者を評価することを教えられる。まず、患者の問診を行ない、それから身体の診察をする。次に検査を依頼し、検査結果を分析する。データをすべて収集してから初めて、どこが悪いのかの仮説を考え始めることになっている。それら仮説は、既存のデータベースに基づき、統計学的蓋然性を各症状、身体的異常、検査結果に当てはめて絞り込まねばならない。それから推論して可能性の高い診断を割り出す。これは、アルゴリズムを構築し、実証に基づいた診療を厳守する人々が好む、ベイズ分析という意思決定法である。しかし実際には、この数学的パラダイムを使っている医師は皆無に近い。

身体の診察は、待合室における第一印象、それから相手と握手したときの触感で得られる情報から始まる。病歴について一言も発せられないうちから、医師は頭の中で診断に関する仮説を思い描くのである。もちろん、アン・ドッジのような症例の場合、専門家の手許にはすでに診断が記載された内科医からの紹介状があり、患者のカルテには複数の医師たちによる無数のメモが書き込まれている。

フアルチャクはアン・ドッジを迎え、オフィスの中へ案内した。手で彼女の肘を軽く支え、自分の机の向かい側の椅子に座るように促した。机の上にあった高さ十五センチほどの紙の束に彼女は目をやった。それは、内分泌科医、血液内科医、感染症の専門医、精神科医、栄養士の机の上に今まで何回も見た書類である。十五年間、医師に会う回を重ねるごとにその書類の嵩が増すのを彼女は見てきた。

そのとき、フアルチャク医師の動きがアンの注意を引いた。彼は、その書類を机の端のほうへ押しつける、白衣の胸ポケットからペンを取り出し、引き出しから線の引いてあるメモ帳を取り出した。「今日ここに来られた理由を聞く前に、最初に戻りましょう」とフアルチャクは言った。「初めて気分が悪くなったときのことを話してください」

アンは戸惑ってしまった。この先生は内科医と話をし、カルテを読まなかったのか。「私は過食症と神経性食欲不振症を患っています」と小さな声で言った。結んでいた手に力が入った。「そして今は過敏性腸症候群になりました」

フアルチャクは優しい笑みを浮かべた。「私はあなたの物語を聞きたい、あなた自身の言葉で」

アンは壁に掛かった時計をちらっと見た。秒針が着実に一周して貴重な時間を刻んでいた。フアルチャク医師は著名な専門家だと内科医から聞かされていた。会いたくて待っている患者の長いリストがある、と。彼女の問題は急を要するものではないのに二ヶ月も待たずに予約が取れたのは、クリスマス週の週に医師の予約にキャンセルが出たからだだった。それなのに、医師の様子には焦りも苛立ちも感じられない。その落ち着

いた様子は、時間が無限にあるように思わせるものだった。

こうしてアンは、ファルチャク医師に言われたとおり、初めから順を追って話した。初期症状からの長い紆余曲折の物語、今まで相談した数多くの医師、受けたいろいろな検査のことを語った。彼女の話を聞きながら、ファルチャク医師はときどき短い合いの手を入れた。

「なるほど」、「わかりますよ」、「続けて」

ときどきアンは、今まで起こったことの順序がわからなくなった。ファルチャク医師が堰を切ることを許してくれたので、つらい思い出が怒涛のように流れ出た。子供の頃、ケープ・コッドの波に不意にさらわれたときのように、アンは流れに乗って運ばれていった。貧血のための骨髄生検を受けたのがいつだったかよく思い出せなかった。

アンは日付を思い出そうとししばらくの間黙っていた。「いつだったか、正確に覚えていなくても大丈夫ですよ」とファルチャク医師は言った。「後で記録を調べるから。ここ数ヶ月のことを教えてください。具体的に、体重増加のためにどんな努力をしていますか?」

その質問のほうにアンには答えやすかった。先生は縄を投げ、現在という陸地にゆっくりと引っ張ってくれた。話を聞きながら、ファルチャクは食事の詳細にこだわった。「もう一度、食事の後にどうなるか教えてください」と言った。

既に説明したのに、しかもカルテにすべて記載してあるのに、とアンは思った。自分が従ってきた食餌療法を、内科医がファルチャク医師に伝えているにちがいない。そう思いながらも、話を続けた。「朝はできるだけ沢山のシリアルを食べるようにして、昼食と夕食にはパンとパスタを食べます」。ほとんど毎回の食事のあとに腹痛が起こって下痢をしたことをアンは説明した。制吐剤を飲んでいたので嘔吐の頻度はかなり減ったが、下痢は相変わらずだった。

「毎日、栄養士さんに教わったとおりに摂取カロリー数を計算しています。今は三千キロカロリー弱です」ファルチャク医師は黙って考えた。それまで彼女を見つめていた目が遠くを彷徨さまよっていた。しかしすぐに視線をアンに戻し、廊下の向う側の診察室へ彼女を連れていった。診察室は、アンが今まで受けたものとはまったく異なっていた。アンは、医師が腹部を集中的に診察し、肝臓と脾臓を押したりついたり、深呼吸を指示し、押しして痛む箇所を特定するのだろうと予想していた。ところが医師は彼女の皮膚を慎重に観察してから手の平に見入っていた。アンの手のを真剣にみつめるファルチャクは、手相を見ながら未来を予言する占い師のようだった。アンは不思議に思ったが、医師の行動について質問はしなかった。また、彼女の口の中を懐中電灯で照らし、舌と口蓋だけでなく、唇の内側の濡れている組織をじっくりと観察したときも、彼女はなぜかと尋ねなかった。次に医師は、また時間をかけて手足の爪を丁寧に診察した。「皮膚とか口の中の粘膜に診断を示唆する手がかりがみつかることがあるのです」と、医師はやつと説明してくれた。

また、アンの直腸に残っていた小さな軟便にも医師は注目したのだった。朝食は早くとり、ポストンへ出かける前に下痢をした、とアンは話した。

診察が終ると、服を着てオフィスに戻るように先生は言った。アンは疲れていた。出発する前には自分を鼓舞していたが、そろそろエネルギーが切れそうだった。こんなに具合が悪くなっているのだから、もっと食べなければならぬ、とまた説教されることを覚悟していた。

「過敏性腸症候群だとは確信できません」とファルチャク医師は言った。「また、体重低下が過食症と神経性食欲不振症によるものだという確信もありません」

アンは耳を疑った。ファルチャクはアンが混乱していることに気づいたようだった。

「体重を回復できない原因が他にあるかもしれません。もちろん、私の勘違いかもしれませんが、あなたがこんなに弱って、こんなに苦しんでいるので、間違わないように確かめたいと思います」

アンはますます混乱し、泣き出しそうになるのをこらえた。今は取り乱してはならない。医師の言うことに集中しなければいけない。医師は、新たな血液検査を薦め、アンはそれを素直に受け入れた。しかし次に医師は、内視鏡による検査を提案した。光ファイバーの器具、要するに柔らかな望遠鏡のようなものを、食道から胃や小腸まで入れる検査をファルチャクが説明し、アンは真剣に聞いた。途中で何か異常なものを見たら生検（患部組織を採取し、顕微鏡などで調べる検査）を行なう、と医師は言った。

アンは今までの、終わりが見えない診察に疲れ果てていた。あまりにも多くの検査、処置、レントゲン、骨密度の評価、血球算定値が低いときは痛い骨髓生検、髄膜炎になったときは何回もくり返される腰椎穿刺。鎮静剤を投与されるから安心だと言われても、面倒で不快な内視鏡検査を受ける価値があるのか、疑問に思った。内科医が、胃腸の専門医に紹介することを嫌がっていたことを思い出した。この検査は無意味なのだろうか。型どおりの検査をするために行なうのか、あるいは、もつと悪く考えると、お金を請求するためだけに行なうのだろうか。

アン・ドッジは検査を辞退するところだったが、そのときファルチャクが再び、症状の原因が他にあるかもしれないと力強く言った。「体調がよくならない、体重が著しく落ちた、血液、骨、免疫系の状態が長年にわたって悪化した。あなたのどこが悪いのか、すべてを確実に把握したいのです。もしかしたら、あなたの身体は摂取している食事を消化できないで、三千キロカロリーは体を通過しているだけかもしれない。それで三十七キロになったのかもしれない」

ファルチャクの初診から一ヶ月後に私はアン・ドッジに会った。これまでで最高のクリスマス・プレゼントをファルチャク先生にもらった、と彼女は私に言った。一ヶ月で五・五キロ近くも体重が増えていた。胃をシリアル、パン、パスタで満杯にしようと思死に努力した朝食、昼食、夕食の後に起こる激しい悪心と嘔吐、腹痛および下痢はすべて和らいだ。血液検査と内視鏡検査の結果、セリアック病だと判明したのだった。

セリアック病とは、自己免疫疾患であり、要するに、多くの穀物に含まれているグルテンに対するアレルギーである。セリアック・スプルーとも呼ばれるこの疾患は、奇病だと思われていたが、今は診断検査の進歩のおかげで以前より頻繁に認められるようになった。しかもセリアック病は、以前に考えられていたように小児だけの病気ではないこともわかった。思春期の後期や成人してからも症状が起こることがあり、ファルチャクはアン・ドッジの場合がそうだと思ったのである。たしかにアンの病気は摂食障害だった。ただ彼女の身体はグルテンに反応し、腸の上皮組織に炎症と障害が起こり、栄養素が吸収できなくなっていたのだ。食事にシリアルやパスタを加えれば加えるほど、消化管が被害を受け、体内に回るカロリーや重要なビタミンがますます減ることになる。

アン・ドッジは、そのときの気持ちを私に伝えてくれた。狂喜すると同時に呆然としたそうだった。よくならうと十五年間闘ってきた彼女は絶望しかけていた。そして今やっと健康を回復するチャンスを与えられた。身体だけでなく精神も回復するには時間はかかるだろうが、いつの日か、自分は再び「健康体」になれるかもしれない、と。

マイロン・ファルチャクの机の後ろには、壁をほとんど覆うほどの大きな額縁入りの写真が掛けてある。簡素な服装の男たち、ダービー帽を手につく者やテディ・ルーズベルトのような長い口髭のある者などが、カメラに向かってポーズしている。写真のセピア色、彼らの服装から判断すると、二〇世紀初頭のものである。ファルチャクの外交的な性格とファッショナブルな身なりからは場違いな感じがする。しかし、それが自分の原点だと彼は言う。

ファルチャクが説明した。「その写真は一九二三年、ブリガム病院を開設したときに撮ったものだ。ウィリアム・オスラーが最初の症例検討会をした時代に」。ファルチャクの顔がほころんだ。「その写真はコピー

だ。チーフ・レジデントをしていたときにオリジナルを盗んだわけじゃないぞ」。オスラーは言葉のもつ力と重要性に特に敏感だった。ファルチャクはオスラーの著作に強い影響を受けたという。「オスラーが言っていたことの本质は、患者の言葉をよく聞けば患者が診断そのものを教えてくれる、ということだ」とファルチャクは続けた。「私のような専門家を技術屋だと思っている人が多い。だから何らかの技術的処置を求めて私のところへ来る。確かに、手技は重要だし、今日の専門技術は患者の治療に大いに役立つ。しかし私たちは、技術のせいで患者の物語を聞くことから遠ざかってしまった」。ファルチャクは間をおいて話を続けた。「患者の物語から離れてしまったら、もはや真の医者とは言えない」

医師がどう考えるかは、まず、医師がどう話しどう聞くかによってわかる。また、口から発せられて耳に入る言葉の他に、患者および自分自身の表情、姿勢、動作など、ボディ・ランゲージという非言語的コミュニケーションに対する医師の注意の払い方からも、考え方がわかる。

ジョンズ・ホプキンス大学の保健政策・管理のデブラ・ローター教授とノースウェスタン大学の社会心理学のジュディス・ホール教授の二人は、チームを組んで活動している。医学の現場におけるコミュニケーションについての研究成果が多く、洞察力に富んだ研究者といえよう。彼女らは、内科医、産婦人科医、外科医などいろいろな医師とその患者たちとのやりとりを、ビデオテープで、あるいは実際に立ち会って、何千回も分析してきた。この分野における他の研究データの評価も行なった。二人の研究は、医師の質問の仕方、そして医師が患者の感情にどう対応するかが、いわゆる「患者の積極的な関与」において最重要であることを示す。私がローターと話したとき、次のように説明してくれた。それは、患者が自由に話すだけでなく、積極的に話したがかり、医師と対話したがるように「目を覚まさせる」という考え方である。医師の目前にある医学的な謎を解くには、患者が自由に話すことが必要である。患者が怯えていたり、話を途中で切られたり、偏った方向に会話が仕向けられると、医師には重要なことが伝わらないかもしれない。ある観察による

と、患者が話し始めてから平均して十八秒以内に医師が話に割り込むという。

ローターとホールの洞察をアン・ドッジの例に当てはめてみよう。ファルチャクは話の冒頭に、いつ頃から気分が悪くなったのかという、誘導尋問にならないような、自由に答えられる質問をした。ローターがこう言っている。「医師の質問の仕方が、患者の答えを構築する」。もしファルチャクがアン・ドッジに特定のことに関する選択回答形式の質問をしていたら——たとえば「腹痛はどんな痛みですか、鈍い痛みか刺すような痛みですか」と訊いていけば、彼女の病気は過敏性腸症候群だという先入観を露呈していたことになる。診断を特定しようと努力する医師について、ローターは言う。「自分の行き着く先がわかっている場合、選択回答形式の質問は一番効率がいい。しかし診断の確信がないとき、それは役に立たない。なぜなら、その質問からすぐに間違った道に入り、元に戻れなくなるかもしれないからだ」。自由に答えられる質問の利点は、医師が新しい情報を得る可能性を最大限にすることだ。

「自由形式の質問で成功するにはどうすればいいのか」とローターは自問自答した。「患者である自分の言うことに医師は本当に関心がある、と患者に感じさせることです。自分の物語を伝えるとき、患者は医師が思いつかないようなことに関するヒントを提供するのです」

医師と患者との対話が成功するには、医師が聞く質問はこの半分に過ぎない。「医師は患者の感情に対応しなければならぬのです」とローターは続けた。ほとんどの患者は恐怖と不安に囚われ、中には自分の病気を恥ずかしく感じている人もいる。医師が患者に共感をもって対応すると、精神的安堵感以上のことを与えることができる。ローターが言うには、「患者は馬鹿だと思われたくないし、先生の時間を無駄にしたくないのです。医師の質問が適切であっても、患者の精神状態によっては、素直に答えられないこともあります。医師の目的は、患者の物語を引き出すこと、それには患者の気持ちを理解する必要があるのです」。ファルチャクはアンに会ったとき、真実を語ることを阻む彼女の感情にすぐに気づいた。彼女の話に共感

しながら優しく対応し、落ち着かせようとした。ローターの意見では、彼はその態度によってアンからより多くの情報を引き出すことができた。一生懸命聞いている、そして彼女の話をめんど聞きたいという態度を示し、不安と遠慮を取り払いながら対話することができた。「うんうん、よくわかる、続けて」と簡単な合意の手を入れると、アンは自分の発言が先生にとって大事だと感じることもできた。

社会心理学者のジュディ・ホールは、医師と患者の対話の情緒的側面にさらに焦点を当て、医師が患者に対して好印象をもっているように見えるか、そして患者も医師のことを好きかどうか、の問題に注目した。その種の感情は、医師の机を挟んだ両者には隠しようがないという。プライマリケア医と外科医に関する研究では、患者は驚くほど正確に医師が自分のことをどう思っているかを察していた。その情報の多くは、非言語のコミュニケーション、つまり医師の表情、座り方、仕草などが暖かく、歓迎するような印象を与えるか、あるいは堅苦しく、距離を置いたものか、などでわかる。ホールは次のように言う。

「医師は、誰に対しても中立で平等だということになっていますが、それは真実でないことがばれています」
 ホールの、医師と患者間のコミュニケーションに関する研究は、アン・ドッジの事例と大いに関係がある。ホールの研究によれば、重症患者は医師に嫌われがちである。患者自身も医師の嫌悪感を察知する。概して、医師は健康な人間を好む傾向がある。それはなぜだろう。「私は医者バッシングをするつもりはないけれど」とホールは言う。「重症患者に嫌悪感をもつ医師がおり、その理由はわからないでもないのです」。最善の治療を施しても治らない病気を扱うと、多くの医師は深い絶望感を味わう。懸命に努力したのに、すべてが水の泡、とフラストレーションを感じるようになる。そして、医師は頑張らなくなる。事実、アン・ドッジのような患者を暖かく迎える医師は少ないだろう。考えてみよう。神経性食欲不振症と過食症というステイダマ（社会的に負の徴）を伴う疾患、治療が極めて困難になりうる疾患を十五年間も患っている患者。また、その十五年間にどれだけ多くの医療従事者が多くの時間と労力を費やしたかも考えてみよう。その結果、些

かな改善も見られない。しかも、悪化の一途を辿っているのだ。

ローターとホールは、入院患者に対する医師の接し方が、診断と治療の成功をどう左右するかについて研究してきた。ホールが言う。「人は極端な例をよく憶えている傾向があります。たとえば、患者には無愛想だが天才的な外科医、とても親切だが大して能力のない開業医など。しかし、良い面が二つあってもいいはずです。いい医師であるということは、そのどちらも必要であり、良い医師には両方が備わっています」。なぜならば、ホールの結論では、「医師のすることの大半は、話すことです。コミュニケーションは、優れた医療から切り離すことはできません。診断を得るのに情報が要るし、情報を得る最善の手段は患者との信頼関係です。医師の能力はコミュニケーション能力と不可分のもので、二者択一できるものではありません」
 ファルチャクには、自問自答をしながら考えをまとめる習慣がある。「一日三千キロカロリーを摂取しているとアンは言った」。頭の中で自分に尋ねていた。「アンを信じるべきか。もし信じたとして、なぜ体重が増えないのか」。素朴な疑問を論理的な終着点まで追求しなければならぬ。彼女は本当に努力してシリアル、パン、パスタを口に入れ、咀嚼して飲み込み、吐かないようにしている。にもかかわらずどんどん痩せ細り、血球値が悪化し、骨はますます劣え、免疫系が機能していない。「本人を信じて他の可能性を疑ってみなければならぬ」とファルチャクは自分に言い聞かせた。

ファルチャクの自由形式の質問には、彼の心の広さが反映されている。アン・ドッジを観察すればするほど、そして話をよく聞くと、何かがおかしいと感じずにはいられなかったのである。「すべて精神的な問題だと断言することは不可能に思えた」と彼は言う。「みんなが彼女を神経症だと片付けていた。しかし私の直感では、どうも合点がいかなかった。では何が欠けているのだろうか、と考え始めたのだ」

臨床現場における直感は、長年の実践を積み、何千もの患者の物語を聞くこと、そして何よりも、自分の間違いを忘れないことによって研ぎ澄まされる高度な感覚である。ファルチャクは以前、国立衛生研究所(N

I H)で、摂取した食物から必要な栄養素やカルシウムが吸収できない吸収不良患者を研究したことがあった。その経験が、アン・ドッジが神経性食欲不振症や過食症だけではなく、何らかの吸収不良を起こしている可能性を認識する鍵となった。彼はアンのことを考えると、同じように体重が急速に減少している患者に、昔騙されたことを思い出したという。その女性は吸収不良と診断されていた。すっかり食べて、その後に激しい腹痛と下痢が起こると言う彼女を、多くの医師は信じた。一ヶ月以上も検討し、複数の血液検査をした結果、ファルチャクは偶然に患者のベッドの下に、本人が隠し忘れていた下剤の瓶をみつけたのだ。彼女の消化管のどこも悪くなかった。気の毒なことに精神をひどく病んでいたのだ。心と身体の両方を、ときには別々に、ときにはその関連において考慮しなければならないことをファルチャクは学んだのである。

後の章で詳しく述べるが、異なる分野に従事する医師が驚くほど似た方法で能力を身につけることがある。彼らは主に、失敗や判断の違いを認めて記憶に留め、その記憶を思考に組み込むのである。研究によると、その能力を獲得する鍵は、実践の持続だけではなく、自分の技術的なエラーや見当違いな判断を正確に理解するためのフィードバックにある。

私が研修を受けていた頃、循環器分野の頂点を極めたと評される医師に会った。事実、その医師は知識の宝庫であると同時に稀有な判断力をもった臨床医だった。彼は数十年のキャリアの失敗例をすべて記録し、特に困難な症例に悩んだときはその記録帳を読み返すこともあった。同僚の多くは彼のことをエキセントリックな人、執念深い変人と呼んでいた。しかし後になって、彼が私たち後輩に示してくれた教訓に気づいたのである。優れた臨床医になるには、自分の間違いを認め、それを分析し、いつでも思い出せるようにしなければならぬ。アン・ドッジの問題に直面したファルチャクは、隠れて下剤を飲んでたN I Hの患者の話^まを真に受けていたことを思い出したのだ。逆の状況がありうることを彼は知っていた。いずれの場合も、徹底的に考え、事実を究明し続けねばならない。

ファルチャクは私に「合点がいかなかった」と言ったが、それは単なる言葉のあやではなかった。トロントのサニブルック医療センターの医師ドナルド・レデルマイヤーは、医師の認識が診断にどう関係しているかにとくに関心をもっている。彼は、「眼球テスト」と呼ばれる現象について言及した。それは医師が「患者の様子の中に、目立たないが何となく気になるもの」に気づいたその重要な瞬間のことである。直感が間違っている場合は当然ある。しかし無視してはいけない。直感^{フレイム}は、目前にある情報が合わない「枠」にはめられていることを医師に気づかせるかもしれない。

医師は日常的に、医学的用語を使って患者を枠にはめる。「糖尿病と腎不全の患者を送る」とか、「今、救急治療室に薬物中毒者がいるが、肺炎による高熱と咳がある」とか。多くの場合、医師は正しい枠を選び、臨床データはきちんとその枠の中にはまる。しかし、認識力の高い医師なら、疑わずに枠にはめこむことは深刻な間違いにつながりうることを知っている。

アン・ドッジは、二十歳のときから神経性食欲不振症と過食症という一つの枠にはめられていた。次々に会ってきた医師が皆、その枠に固定された症例として受け取ったことは無理からぬことだ。データはすべてその枠の中にきっちりとはまる。彼女の臨床的肖像画を描き直す必要はないし、他の角度から眺める理由は見当たらない。ただ一つを除いて。ファルチャクが説明する。「犯罪現場に残されたDNAの証拠のようなものだ。患者が、私は無実です、と言い続けていたのだ」。ここに医学の技^{テクニック}があり、優れた臨床医を特徴付ける、言語と感情に対する感受性がある。

内視鏡で撮ったアン・ドッジの歪曲した小腸の写真を見せてくれたとき、ファルチャクは本当に嬉しそうだった。「そのときは実に興奮した」と言った。それは、ミステリーを解き明かした探偵の甘い喜び、真犯人を特定した者の正当な誇らしい心境^{心境}だったはずだ。しかし知的な興奮や充足感以上に、人命を救った喜びを表していた。

知と直感、ディテールへの細心の注意、心理学的洞察力——それがすべて、十二月のあの日に結集したのだった。違う結末になる可能性も充分にあった。神経性食欲不振症と過食症の病歴をもつアン・ドッジが、その延長線上で過敏性腸症候群になったのかもしれないなかった。しかし、ファルチャクは考えた。「この症例の何を見逃しているのか？　そして、見逃しうる最悪のものは何だ？」

ファルチャクが疑問をもたなかったらどうなっていたのだろうか？　多分、アン・ドッジ自身ならびに彼女のボーイフレンドや家族は同じ疑問を、もしかしたら何年も前に、感じていたかもしれない。しかし、患者とその親しい人々は、医師ではない。医師の知識も経験ももっていない。素人である多くの人たちは、質問することを躊躇するものだ。でも、そのような疑問をもつことは不当でも何でもない。患者が質問をするのと、さらに医師のような思考法で考えることも可能なのだ。後の各章や「おわりに」では、医師の思考のさまざまな落とし穴、また、医師の認識の間違いを防ぐために患者とその家族が利用できる言葉について論じる。

アン・ドッジの場合、単純な、しかしアンの命を救うことになった疑問を呈したのは、ファルチャクのほうだった。そして、その質問の答えを得るには、彼はさらに追及する必要がある。アンも、追及に同意し、さらなる血液検査や侵襲性のある（生体を傷つける）検査を受けねばならなかった。同意するには、彼女がファルチャクの技術だけではなく、誠意や動機をも信頼する必要がある。そこにローターとホルルの研究のもう一つの領域がある。つまり、語られる言語と語られない言語が、どのようにして正確な診断に結びつく貴重な情報を提供し、患者が医師のアドバイスに従うように説得することができるのか。「コンプライアンス」という言葉は、家長主義を匂わせる否定的な意味合いをもつことがある。患者は、全権をもつ医師の言うことに従い、受身の役割を演じているようだが、ローターとホルルの研究を参考にすると、信頼関係と相互の親近感がなければ、アン・ドッジは多分、さらなる血液検査や内視鏡検査を提案したファルチャク

を、うまくかわしていたと思われる。医学用語で言えば、彼女は「非服従ノンコンプライアンス」になっただろう。そして今も、痩せ細りながら、「一日三千キロカロリーを摂取している」と、医師たちに必死の訴えを続けていたかもしれない。

アン・ドッジの事例から話を移し、臨床的な成功例の話ではなく失敗談を話してくれたとき、マイロン・ファルチャクに対する私の畏敬の念はさらに深まった。もちろん、医師は誰でも絶対に間違わないわけではない。常に正しい医師などどこにもいないのだ。最高の名医を含め、すべての医師は誤診をし、間違った治療法を選ぶことがある。これは「医療ミス」の問題ではない。医療ミスは一般紙に広く報道され、米国学アカデミー医学研究所に分析され、報告される。それらは、薬の投与量を間違えたり、患者のX線写真を裏返しに見たりするようなことだ。

誤診は別問題だ。誤診は、医師の思考が見える窓といえる。それが喚起するのは、医師はなぜ固定観念を疑問視しないのか、なぜ思考が閉鎖的で偏っているのか、知識の欠落をなぜ見逃すのか、といった問題である。間違った治療法の事例を研究してきた専門家は、エラーの大半は技術的な問題ではなく、医師の思考法の欠陥によるものと近年結論づけたのである。患者に深刻な害をもたらした誤診の研究では、その八〇パーセントが認識エラーの連鎖によるものだった。たとえばアン・ドッジの例のように、患者を狭い枠にはめ、固定観念に反する情報には目をつぶったのである。さらに、不正確な診断百例の研究においては、エラーの原因が医学的知識不足によるものだったケースは僅か四件だった。医師たちは、臨床上の事実認識の不足でつまづいたのではなく、認識の落とし穴に落ちて的確定診断ができなかったのである。この種のエラーは恐ろしく高率の誤診を発生させる。一九九五年のある研究では、役者にさまざまな病気の症状を真似てもらい、医師にその詳細な報告書を課した。その研究によると、全診断の一五パーセントは不正確だったそうだ。この研究結果は、すべての診断の一〇〜一五パーセントが間違っていることを示唆した。これは剖検によって

裏付けられた古典的な研究結果と一致する。

私自身、三十年のキャリアを通してのすべての誤診を憶えている。最初の誤診は、マサチューセッツ総合病院で内科のレジデントのときだった。ローターとホルルの研究を読めばその原因の見当がつく。患者の一人は、いつ止むのかわからない苦情を言い続ける中年女性だったが、私には彼女の声や、黒板を釘で引っかくような音に聞こえた。ある日彼女は、胸の上部に不快感がある、と新たな問題を訴えた。不快感を起しているのは何か——食事、運動、咳——と特定を試みたが、どれも当てはまらなかった。そこで、胸部X線と心電図を含む型どおりの検査を依頼した。結果は正常だった。私は苦し紛れに制酸薬を処方した。しかし彼女は症状を訴え続け、私は聞く耳をもたぬ状態になってしまった。数週間後、院内放送で緊急呼び出しを受け救急治療室に呼ばれた。そこに解離性大動脈瘤を起した彼女がいたのだ。心臓から身体全体に血液を運ぶ大動脈に致命的な亀裂が生じていた。彼女は死んだ。大動脈の解離は、発見されても致命的な場合が多いが、それを診断できなかった自分を未だに許せない。彼女を救うことができなかったかもしれないからだ。

三十年前にその診療所で起きたことは、ローターとホルルの好き嫌いに關する研究がいくらか説明してくれる。感情が、医師の聞く能力、考える能力を曇らせることを教わっていたならば、あるいは自分で認識できるほどの自己意識さえ身に付けていれば、と思う。嫌いな患者が症状をあれこれ羅列すると、話を途中で聞かなくなり、その場しのぎの診断・治療を行なう医師をよく見かける。間違った判断をしても、それが真実だと思いつくようになり、徐々にそれに対する心理的な執着心が根付く。歪んだ結論から離れられなくなる。患者に対する強い否定的な感情が、その結論から離れて新たな臨床像について考察することをますます難しくするのだ。

医師の思考がこのように歪んでしまうと、患者へのケアはおのずと悪化する。特筆すべきは、医師の否定的な感情の結果だけではない。医師が患者に対して否定的な感情を抱いている場合、ほとんどの患者がそれを感じていくという事実が示しているが、それが治療に及ぼす悪影響を知る患者は少なく、そのため医師を変えざる患者もあまりいない。患者は逆に、自分が苦情ばかり言って医師の忍耐力が切れたのだ、と自分を責めることが多い。

患者は自分を責めずに、医師に対して丁寧に、しかし自由にその問題を切り出すべきだ。「先生と私のコミュニケーションはうまくいってない気がします」と言えればいい。これは、相性に問題があることについて医師にシグナルを送ることになる。患者がその医師との関係を維持したければ、率直に話すことで問題が解決できるかもしれない。しかし私が他の医師たちに、もし自分が患者になったとき、担当の医師から否定的な態度を感じたらどうすると尋ねたところ、全員が「医師を変えろ」とためらわずに答えたのだ。