

«РАССКАЖИ, ЧТО СЕЙЧАС БОЛИТ»: ВОВЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И РОДИТЕЛЯ ЧЕРЕЗ ЗАДАВАНИЕ ВОПРОСА

Александр Широков

Александр Широков, Школа коммуникации и информации, Ратгерский университет (США); участник проекта РФФ № 18-78-10132, выполняемого в Институте философии РАН. Адрес для переписки: Rutgers University, 4 Huntington St., New Brunswick, NJ 08901, USA. aleksandr.shirokov@rutgers.edu.

Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РФФ № 18-78-10132 «Коммуникативный контур биомедицинских технологий (на примере геномной медицины)».

Автор выражает благодарность Дженни Мандельбаум и Джеффри Лейну за комментарии и критику ранних версий этого текста. Помимо этого, автор благодарит Александру Курленкову, Андрея Корбута, Юлию Августис, Алису Максимову и Артема Рейнюка за обсуждение некоторых фрагментов данных, использованных в этой статье. Отдельная благодарность всем врачам и сотрудникам клиники, помогавшим в сборе данных.

Как показывает ряд исследований, дети вносят ограниченный вклад в консультации о своем собственном здоровье. Одно из объяснений этого состоит в том, что в западных культурах дети рассматриваются как некомпетентные агенты, от которых не ожидают активного участия в институциональных – в частности, медицинских – взаимодействиях. В данной статье анализируются видеозаписи педиатрических консультаций, а именно то, как дети вовлекаются в разговор врача и родителя через задавание вопроса. Такие ситуации имеют определенную структуру: сначала врач задает вопрос родителю, а затем родитель переадресует его ребенку, несколько меняя дизайн вопроса. Автор фокусируется на изменениях в дизайне вопроса и указывает на определенные проблемы, связанные с тем, как участники взаимодействия формулируют вопросы для детей. В статье демонстрируется, что проблемы, которые на первый взгляд вызваны действиями детей, в действительности являются результатом организации взаимодействия (того, как детям формулируют вопросы). Помимо этого, статья показывает, что во время педиатрических консультаций дети в основном сосредотачиваются на игрушках, а не на разговоре между врачом и родителями. Поэтому когда детей приглашают к участию, им сложно учесть то, что обсуждалось ранее, и распознать, что участники делают прямо сейчас. В результате дети могут сказать нечто, что противоречит сказанному ранее, или интерпретировать вопрос иным образом, чем его видят другие участники. В определенной степени наличие

игрушек ставит детей в пассивное положение и затрудняет их дальнейшее участие. Проведенный анализ имеет как концептуальные импликации для дискуссий о детской агентности и участии пациентов в медицинских консультациях, так и практические импликации для организации коммуникации врач – родитель – ребенок.

Ключевые слова: конверсационный анализ; взаимодействие врач – родитель – ребенок; вложенные вопросы; участие пациентов; агентность детей

ВВЕДЕНИЕ

Вовлечение детей в медицинские консультации и принятие в расчет их личного опыта болезни – один из принципов пациент-ориентированного подхода в медицине (Curtis-Tyler 2011). Такое вовлечение важно в том числе как часть процесса социализации ребенка в роли пациента. Как и многие другие роли, эта предполагает специфические обязанности и задачи: например, нужно уметь представить и объяснить свои проблемы врачу, понимать, какую информацию нужно знать о своем теле, образе жизни и истории болезни (Halkowski 2006; Heritage and Robinson 2006). Участие в медицинских консультациях дает возможность детям принять социальную роль пациента и позволяет узнать, за что они несут ответственность в этой специфической роли (Stivers 2012).

Однако, как показывают различные исследования, дети вносят ограниченный вклад в свои собственные консультации (Cahill and Papageorgio 2007a). Как правило, родители берут на себя работу по представлению медицинской проблемы и сами отвечают на вопросы врача, оставляя детям роль пассивных наблюдателей (Aronsson and Cederborg 1996; Pyörälä 2004; Wassmer et al. 2004). Врачи могут избегать вовлечения детей на этапах представления проблемы и составления истории болезни (Stivers and Majid 2007). Одно из объяснений этого состоит в том, что в западных культурах дети рассматриваются как некомпетентные агенты, от которых не ожидается активного участия в институциональных – в частности, медицинских – взаимодействиях (James and Prout 1997).

Как именно такой статус и соответствующие ожидания от других участников производятся и воспроизводятся во взаимодействии? Это один из основных вопросов направления, получившего название «новые исследования детства» (new social studies of childhood). Данное направление возникло в 1990-х годах в противовес существовавшим тогда психологии развития и теориям социализации, рассматривавшим детство как некоторый переходный период на пути к взрослению. Новые исследования детства стали рассматривать детей как полноценных агентов, которые не только подвержены влиянию социальных структур и процессов, но и сами участвуют в их производстве и воспроизводстве. Таким образом, это направление предлагает серьезно отнестись к агентности детей и изучать то, как именно она функционирует (James and Prout 1997; Hutchby and Moran-Ellis 1998; Козловская и Козлова 2020).

В данной статье, используя конверсационный анализ (conversation analysis, далее – СА), я продолжу это направление исследований и проанализирую практическую организацию участия детей в педиатрических консультациях. СА исходит из допущения, что взаимодействие имеет свой собственный порядок, нормы и

правила (Sacks, Schegloff, and Jefferson 1974; Goffman 1983; Atkinson and Heritage 1985; Корбут 2013). В этой перспективе люди совершают действия тем или иным образом не из-за влияния внешних (по отношению к взаимодействию) факторов, но из-за того, как именно протекает само взаимодействие. В контексте темы участия детей в медицинских консультациях это означает, что агентность детей (и других участников) – это не индивидуальная характеристика, но интеракционное достижение. Иными словами, это результат того, как именно организовано взаимодействие, как участники производят действия и реагируют на действия других.

Например, анализируя взаимодействие с человеком с афазией, Чарльз Гудвин (Goodwin 2004) показал, что действия партнера имеют решающее значение для достижения взаимопонимания с таким актором. Его отцу Чилу этот диагноз был поставлен во взрослом возрасте. Он мог произносить только три слова: «да», «нет» и «и». Поскольку все они могли быть ответами на полярные (да/нет) вопросы, Чил мог производить осмысленные высказывания, когда партнер задавал ему соответствующие вопросы и таким образом создавал контекст для интерпретации действий Чила. Гудвин продемонстрировал, что даже с таким ограниченным словарным запасом его отец мог успешно взаимодействовать, если партнер корректировал способ взаимодействия с ним. Таким образом, способность к действию и сами действия не определяются внутренними характеристиками акторов, но являются результатом самого взаимодействия и в этом смысле ограничены тем, как взаимодействие организовано. Такая концептуализация предполагает, что исследование агентности, в том числе детей, должно носить в первую очередь эмпирический характер и быть помещено в контекст конкретных практических обстоятельств взаимодействия – иными словами, в контекст того, как именно участники организуют и придают смысл действиям друг друга в конкретной ситуации (Hutchby and Moran-Ellis 1998).

В данной статье такими обстоятельствами будут ситуации вовлечения ребенка в сбор анамнеза во время медицинских консультаций. Как правило, это вовлечение осуществляется через задавание вопросов ребенку. Я покажу, что родители и врачи систематически адаптируют вопросы для детей, формулируя их определенным образом, что может приводить к ряду трудностей во взаимодействии. Эти трудности могут быть квалифицированы другими участниками в качестве свидетельства некомпетентности детей как социальных агентов, однако в действительности они являются не результатом действий детей *per se*, но продуктом практической организации этого взаимодействия, в частности, того, как вопросы формулируются для детей и в какой момент эти вопросы задаются.

Сначала я проанализирую существующие исследования, посвященные участию детей в медицинских консультациях. Далее более подробно опишу методологию исследования, особенности данных и процесса их сбора. После этого я проанализирую один конкретный тип ситуаций вовлечения детей в разговор врача и родителя, характерный для стадии составления истории болезни.

УЧАСТИЕ ДЕТЕЙ В МЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЯХ

Значительное число существующих исследований фокусируется на вопросе удовлетворенности детей и их родителей качеством оказываемых медицинских услуг (Cené et al. 2016), игнорируя то, как именно дети участвуют в медицинских консультациях. Патриция Кэхилл и Алексия Папагеоргиу (Cahill and Papageorgiou 2007a) в обзоре литературы, посвященной исследованиям коммуникации в педиатрии, показывают, что дети в США, Великобритании и Нидерландах вносят ограниченный вклад в свои собственные консультации. Анализируя видеозаписи педиатрических консультаций методом «code and count», они также демонстрируют, что высказывания детей занимают только 4–12,5% от общего числа высказываний во время консультаций (Cahill and Papageorgiou 2007b). Как правило, вовлечение детей в разговор инициируется родителями или врачами, но не самими детьми (Wassmer et al. 2004). Более того, родители могут различными способами контролировать речь ребенка и интерпретировать ее в определенном свете (Aronsson and Runström 1988).

Ряд исследователей сфокусировались на том, как врачи вовлекают детей во взаимодействие. В частности, Таня Стиверс и Асифа Маджид (Stivers and Majid 2007) обнаружили значительное влияние расы и образования родителей на то, будут ли врачи инициировать вовлечение детей. Анализируя записи педиатрической практики в США, они показали, что «чернокожие и латиноамериканские дети, родители которых имеют низкий уровень образования, с меньшей вероятностью будут выбраны врачом для ответа на вопросы, чем белые дети аналогичного возраста» (Stivers and Majid 2007:424). Используя конверсационный анализ, Стиверс (Stivers 2001) также исследовала то, как врач вовлекает ребенка в презентацию медицинской проблемы. Врач может эксплицитно, обратившись по имени, выбрать ребенка, чтобы тот презентовал проблему. Другой способ – дать потенциальную возможность представить проблему и ребенку, и родителю, используя местоимение второго лица («что я могу сделать для вас сегодня?»). Выбор говорящего согласовывается между ребенком и родителем посредством взгляда, жестов и кивков.

Когда врач выбирает ребенка для презентации проблемы, но ребенок не делает этого вовремя или демонстрирует трудности с ответом, как правило, родители отвечают вместо детей (Stivers 2001). В таких ситуациях родители сталкиваются с дилеммой: подождать возможного ответа ребенка, которой был выбран врачом, чтобы представить причину обращения, или спешат ответить на вопрос сами. Таня Стиверс и Джеффри Робинсон (Stivers and Robinson 2006) демонстрируют, что в подобных случаях участники обычно предпочитают, чтобы взаимодействие развивалось, и перехватывают черед, чтобы ответить на вопрос врача.

Однако Игнаси Клементе (Clemente 2009) показывает, что это не единственный возможный сценарий. Он фокусируется на том, как дети, отвечая на вопрос врача, приглашают родителей помочь с ответом. Хотя такие ситуации могут быть рассмотрены как свидетельство пассивности детей, Клементе утверждает обратное и использует их в качестве примера активного участия детей в консультациях. Он демонстрирует, что дети организуют свою презентацию проблемы опреде-

ленным образом, решая, когда отказаться, а когда запросить помощь родителей. Более того, они запрашивают одни типы помощи (например, подсказать слово), но ограничивают другие. В каком-то смысле дети могут использовать помощь родителей как средство к достижению цели – ответа на вопрос врача. Помимо этого, Лаура Дженкинс и ее соавторы (Jenkins, Hepburn, and MacDougall 2020) демонстрируют, что дети в определенные моменты взаимодействия могут сами инициировать участие в разговоре врача и родителя. Например, во время сбора анамнеза они могут дополнить ответ родителя на вопрос врача, рассказав о каких-то ощущениях в теле. В таких ситуациях дети могут предоставить важную с медицинской точки зрения информацию и потенциально внести вклад в диагностический процесс.

Итак, существующие исследования демонстрируют, что возможности детей активно участвовать в медицинских консультациях ограничены. Как правило, эти возможности проявляются в ситуациях, когда врач задает ребенку вопрос, но даже в такие моменты родители могут различными способами контролировать то, что говорит ребенок (или интерпретировать высказывания ребенка), или перехватывать инициативу в разговоре, чтобы самостоятельно ответить на вопрос врача.

В этой статье я сфокусируюсь на ранее не описанном типе ситуаций, в которых родители, а не врачи, задают ребенку вопрос во время сбора анамнеза. Такие ситуации имеют следующую последовательность: врач задает вопрос родителю, затем родитель, вероятно, не зная ответа, задает ребенку аналогичный (но несколько измененный) вопрос. Если Клементе (Clemente 2009) описал то, как дети обращаются к родителям за помощью, то я покажу то, как родители в некотором роде обращаются к детям за помощью в ответе на вопрос. Изменение в дизайне вопросов, адресованных родителям и детям, может быть индикатором специфического отношения к последним. В частности, то, как родители меняют вопрос, задавая его детям, может указывать на их ожидания относительно того, на какие вопросы дети способны ответить.

МЕТОДОЛОГИЯ

Данная статья опирается на методологию конверсационного анализа. Этот подход фокусируется на том, как именно люди производят распознаваемые действия. СА предполагает, что коммуникация – это не (только) передача информации, но «медиум социального действия» (Bolden 2006:681). СА стремится описать то, как акторы используют ресурсы языка, тела и среды взаимодействия, чтобы произвести распознаваемое для конкретного реципиента действие – вопрос, жалобу, согласие, приглашение и т. п. (Schegloff 2007).

Таким образом, СА интересуется то, *как именно* люди совершают действия в разговоре, а не то, почему они их совершают (или каковы мотивы действий). С этим связаны две методологические особенности данного подхода: (а) анализ аудио- и видеозаписей натуралистических (произошедших без вмешательства исследователя) взаимодействий: такие данные позволяют «замедлить» взаимодействие и

многократно воспроизвести его; (б) подробная расшифровка аудио- и видеозаписей, включая транскрибирование интонаций, наложений реплик, вдохов и выдохов, пауз и т. п. (Herburn and Bolden 2017). Фокус СА на действиях делает эту методологию подходящей для анализа того, как именно дети вовлекаются во взаимодействие врача и родителя во время медицинских консультаций.

Непосредственным предметом анализа данной статьи выступают 50 видеозаписей педиатрических консультаций с участием четырех педиатров. Записи были собраны в феврале – августе 2019 года в одной из частных клиник Москвы. Из всех этих записей было отобрано 25 случаев вовлечения детей во взаимодействие.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ПРОЦЕССА СБОРА ДАННЫХ

Организация консультаций в клинике, где были собраны данные, в некоторой степени отличается от того, как протекают консультации в государственных поликлиниках. Далее я кратко опишу специфику данной клиники и то, как происходил процесс сбора данных.

На педиатрический прием в этой клинике отводится 30 минут, хотя, разумеется, на практике такой прием может длиться как больше, так и меньше. Все врачи клиники при приеме на работу проходят короткий тренинг по коммуникативным навыкам. В основе этого тренинга лежит Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации, для которой характерны партнерские отношения между врачом и пациентом, а также четкая структуризация консультации (Сильверман, Керц и Дрейпен 2018). Такая организация сближает первичные приемы в данной клинике с тем, как организованы первичные консультации в США и ряде европейских стран (Burne and Long 1976; Robinson 2003; Heritage and Robinson 2006). Помимо этого, врачи клиники с некоторой периодичностью участвуют в мини-тренингах или семинарах, посвященных коммуникативным проблемам в их работе. На этих тренингах врачи рассказывают о проблематичных ситуациях, с которыми им пришлось столкнуться, и обсуждают вместе с преподавателем, как можно действовать в подобных случаях.

Таким образом, как администрация, так и врачи данной клиники квалифицируют коммуникацию с пациентом как важный аспект медицины, требующий специального внимания и исследования. Именно благодаря этому администрация клиники согласилась на сбор данных. Важную роль в этом процессе сыграла работающая в клинике преподавательница курсов и семинаров по коммуникативным навыкам для врачей. Она организовала встречу с администрацией и помогла договориться об исследовании, а также помогла рекрутировать врачей, поскольку их участие было добровольным. Вначале она предложила участие ограниченному числу докторов, которые регулярно посещали ее семинары и курсы, то есть были особенно заинтересованы в вопросах коммуникации с пациентами. В итоге пять врачей (два из которых были педиатрами) согласились на участие. Через несколько месяцев после начала сбора данных в исследовании предложили поучаствовать всем врачам клиники, в результате чего на запись данных согласились еще

семь врачей (два из которых были педиатрами). Каждый из врачей подписал письменное согласие на участие в исследовании.

Рекрутирование пациентов происходило добровольно перед консультациями. Когда пациенты приходили в клинику, на ресепшене им предлагали поучаствовать в исследовании. В случае участия пациенты подписывали письменное согласие на видеозапись консультации. Форма согласия была одобрена администрацией клиники. Непосредственно процесс сбора данных происходил следующим образом: я заранее договаривался с врачом, что буду записывать его/ее консультации, и приходил к началу смены врача на ресепшен, где ожидал пациентов, которые согласятся на запись. Иногда у пациентов были различные вопросы об исследовании, его характере и том, как будут использованы результаты. В таких ситуациях сотрудники ресепшена звали меня, чтобы я ответил на эти вопросы. В случае согласия на участие я заходил в кабинет врача до прихода пациента/-ки, включал камеру и выходил из кабинета, ожидая конца консультации у кабинета врача. После выхода пациента из кабинета я выключал камеру. Таким образом удалось сделать 151 видеозапись различных консультаций, из которых 50 – педиатрические. Название каждой записи было закодировано, какая-либо личная информация пациента отсутствовала (за исключением подписи на форме согласия). По желанию все участвовавшие врачи могли получить записи своих консультаций.

С каждым врачом я провел как минимум одно неструктурированное интервью с обсуждением конкретных фрагментов видеозаписей его/ее консультаций. С одной стороны, эти интервью помогли мне лучше понять действия врачей, с другой – это был способ дать обратную связь, обратить внимание врачей на особенности того, как они взаимодействуют с пациентами. Поскольку в данной статье я опираюсь на разговорный анализ, я не буду использовать материалы интервью и сфокусируюсь исключительно на анализе видеозаписей консультаций. Тем не менее эти интервью значительно помогли мне в работе с видеозаписями и понимании различных контекстов происходящего во время консультаций.

УЧАСТИЕ ДЕТЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ КОНСУЛЬТАЦИИ

В организации первичных медицинских консультаций исследователи выделяют ряд этапов: открытие консультации / приветствие > презентация проблемы / причины обращения > составление анамнеза / истории болезни > физический осмотр > сообщение диагноза > лечение / принятие решения о лечении > закрытие консультации (Burne and Long 1976; Robinson 2003). В зависимости от этапа дети могут по-разному участвовать в консультации. Медицинский осмотр – вероятно, этап, когда участие детей наиболее заметно, однако на данном этапе дети фактически являются не участниками разговора, но скорее объектом осмотра. По этой причине данный этап останется за пределами фокуса статьи. Диагноз является сферой экспертизы врача, в связи с чем участие пациентов на этом этапе минимально и, как правило, ограничивается принятием диагноза (Heath 1992; Peräkylä 1998). В редких случаях пациенты могут дать расширенный ответ на диагноз, ко-

торый может подразумевать несогласие с версией врача (Peräkylä 2002), но это несогласие никогда не высказывается пациентами эксплицитно. Несколько исследований также задокументировали ограниченное участие детей на этапе принятия решений о лечении (Cooper 2008). Поэтому участие детей на этапах сообщения диагноза и принятия решений о лечении не будет рассмотрено в данной статье.

Как правило, на этапах представления проблемы и сбора анамнеза пациенты говорят больше, нежели врачи. Соответственно, потенциально в эти моменты можно обнаружить какое-либо участие детей. Анализируя записи педиатрических консультаций, собранные в Южной Калифорнии (США), Таня Стиверс обнаружила, что в 53% случаев врачи предлагают ребенку представить проблему (общее число проанализированных консультаций – 291) (Stivers 2001). Однако, как она показала, обычно родители перехватывают инициативу и представляют проблему сами. В случае собранных мной данных я не обнаружил такого паттерна. Среди 50 записей педиатрических консультаций я нашел только три случая, когда врач предлагает ребенку представить проблему. Примерно треть педиатрических консультаций проходила с детьми грудного возраста, что частично объясняет такую особенность. Однако даже в консультациях с детьми младшего школьного и подросткового возраста врачи редко предлагают им самим представить проблему. Когда врач это делает, в наблюдавшихся мной случаях детям не удается успешно представить проблему.

В большинстве случаев дети участвовали в разговоре во время сбора анамнеза. Поэтому далее я сконцентрируюсь именно на этом этапе и специфическом способе вовлечения ребенка в разговор врача и родителя, характерном для данной стадии консультации.

ВЛОЖЕННЫЕ ВОПРОСЫ

Почти во всех обнаруженных мной случаях ребенок не сам(а) инициирует участие в разговоре, но вовлекается родителем. Я не нашел ситуаций, когда бы во время сбора анамнеза врач первым инициировал вовлечение ребенка. Как правило, это происходит через задавание вопроса родителем. Такие ситуации имеют определенную структуру: сначала врач задает вопрос родителю, но последний, вероятно, не зная ответа (или по какой-либо другой причине), переадресует вопрос ребенку. В разговорном анализе такие последовательности действий называются «вложенными» (inserted) (Schegloff 1971). В подобных ситуациях между парным действием (например, вопрос-ответ) вкладывается еще одно парное действие. Простейший пример выглядит так:

- 1 А: Ты пойдешь на концерт?
- 2 Б: А во сколько он?
- 3 А: В 20:00
- 4 Б: Пойду

В первой строчке А задает вопрос, что делает релевантным определенный ответ (да/нет). Однако вместо ответа во второй строчке Б инициирует другой вопрос, который также делает релевантным определенный ответ. После ответа А на второй вопрос Б отвечает на изначальный вопрос А и закрывает тем самым изначальную пару действий вопрос-ответ. Данный пример показывает, как одна пара действий может вкладываться в другую. Из этой воображаемой ситуации может показаться, что такие вложенные последовательности используются для уточнения чего-либо, но с их помощью может совершаться и ряд других действий (Psathas 1990). Рассмотрим несколько случаев из педиатрических консультаций.

В первом фрагменте на консультации помимо врача присутствует Евгений¹ и его мама. Консультация проходила рано утром, в 8–9 часов. Причина визита – рвота и понос у Евгения. После короткого представления проблемы начинается этап сбора анамнеза. Один из вопросов врача приводит к тому, что мама долго пересказывает хронологию состояний ребенка в последние несколько дней. После этого врач начинает обобщать особенности состояния Евгения. Ниже – транскрипт начала этого процесса обобщения.

Фрагмент 1

1	Врач:	a:: (1.4) Евгений был активнымζ (0.2)
2		пра?вильно я поняла, (.) да?
3	Мама:	((кивает головой))
4	Мама:	((указывает на ребенка))
5	Врач:	И аппетит (0.6) у него есть, (0.5)
6		Тоесть есть он-
7	Мама:	 ((резко повернулась к Евгению))
8	Мама:	ты голодный?
9		(0.7)
10	Врач:	↑Есть (.) <он пр↓о:сит> °да°=
11	Евгений:	 ((кивает головой))
12	Мама:	 ((повернулась к врачу))
13	Врач:	=ты кушал сднѧ с утра?
14		(0.4)
15	Евгений:	(°м:°)
16		(0.2)
17	Мама:	 хм: м ((повернулась к ребенку))
18	Евгений:	 ((горизонтально вертит головой))
19	Врач:	°нет не кушал°=
20	Мама:	= >°просто мы щас сразу приехали°<
21		((повернулась к врачу))
22	Врач:	мгхм:
23	Мама:	((повернулась к Евгению))

¹ Все имена здесь и далее изменены. Подробный глоссарий символов транскрибирования приведен в конце статьи.

24		(0.7)
25	Врач:	.hh >↑тоесть (.) внешне что< ему: как-то
26		пл↑о:хо да у него интоксик↑а:ция или
27		у него повышенная температура
28		никаких (0.7) <причин думать не было.>
29	Мама:	((горизонтально качает головой))
30	Мама:	↑му↓му

В начале фрагмента врач уточняет, был ли Евгений активным (строчки 1–2). Мама отвечает утвердительно через кивание головой (строчка 3). Далее врач спрашивает об аппетите ребенка (строчки 5–6). После этого мама внезапно поворачивается к Евгению (строка 7). Вероятно, из-за этого врач обрывает свое высказывание (строчка 6). Резкий поворот мамы к ребенку может указывать для доктора, что она собирается спросить у него что-то. В частности, мама спрашивает Евгения, голоден ли он (строчка 8). Сам вопрос («ты голодный?») сформулирован как вопрос о текущем положении дел, а не о прошлом.

После вопроса мамы к Евгению появляется разрыв в 0,7 секунды (строчка 9). Возможно, этот разрыв сообщает доктору о каких-то трудностях с ответом, поэтому она продолжает говорить (строчка 10). Судя по всему, она повторяет и заканчивает оборванное ранее высказывание об аппетите ребенка (строка 6). Эта реплика адресована маме, поскольку доктор упоминает ребенка в третьем лице – «он» (строка 13). Однако одновременно с этим Евгений утвердительно отвечает на вопрос мамы кивком (строка 11).

Следующий вопрос врача адресован уже Евгению (строчка 13). Как и в предыдущий раз, Евгений не отвечает сразу – появляется разрыв (строчки 14, 16). После этого мама, вероятно, начинает отвечать вместо ребенка (строчка 17), но замечает, что Евгений отвечает сам с помощью горизонтального движения головой (строчка 18), что интерпретируется участниками как отрицательный ответ. Далее врач с некоторым удивлением произносит «нет, не кушал» (строчка 19). Реагируя на это, мама дает объяснение: «просто мы щас сразу приехали» (строчка 20). Судя по всему, она имеет в виду, что у них не было времени утром поесть, так как они сразу поехали на прием.

Что создает необходимость этого объяснения в данном случае? Одна из возможных причин – врач и мама могут видеть определенное противоречие в ответах ребенка. В частности, интерпретировать первый вопрос как вопрос об аппетите в целом, поскольку ранее они обсуждали общие особенности состояния ребенка. В этом смысле в ответах Евгения есть несоответствие: он хочет есть (в целом), но он не ел сегодня утром. Однако с точки зрения ребенка противоречия нет, и, возможно, поэтому он не добавляет никаких объяснений. Он рассматривает этот вопрос как вопрос о своем аппетите в конкретный момент, поскольку он построен таким образом («ты голодный?»). Ребенок дает исчерпывающий ответ на данный вопрос, но при этом не ориентируется на саму социальную ситуацию – обсуждение общих особенностей его состояния. Этот пример показывает, что проблема может

заключаться не в неспособности ребенка правильно ответить на вопрос, а в дизайне вопроса.

Важный аспект этой ситуации заключается в том, что мама меняет первоначальный дизайн вопроса, когда повторно задает его ребенку. Первоначальный вопрос врача к маме звучал так: «Аппетит у него есть, то есть есть он [просит]?». Однако, перенаправляя этот вопрос ребенку, мама меняет его формулировку на «ты голодный?». Первоначальный вариант может быть интерпретирован как вопрос об аппетите в целом, но мама упрощает его и переформулирует как вопрос об аппетите в данный момент. Такое изменение в дизайне вопроса – повторяющаяся закономерность, которую я обнаружил в серии случаев. Рассмотрим еще одну подобную ситуацию.

Во втором фрагменте на консультации присутствуют четыре члена семьи: мама, папа и двое детей – девочка (Наташа) и мальчик. На данном приеме Наташа – это пациент. Она сидит рядом с мамой во время сбора анамнеза. Другой ребенок играет с игрушками и не участвует в разговоре. Причина визита – высокая температура Наташи. После того, как мама и папа сообщают о проблеме, врач начинает задавать родителям дополнительные вопросы. Мама перезадает один из этих вопросов Наташе и таким образом вовлекает ее в разговор.

Фрагмент 2

1	Врач:	мгхм
2		(0.4)
3	Врач:	Не ж?аловалась что больно писать,
4		ничего такого?
5	Мама:	 ((повернулась к ребенку))
6		(0.3)
7	Мама:	((начала горизонтально качать головой-))
8	Мама:	((наклонилась к ребенку))
9	Мама:	Тебе больно писать?
10		(0.8)
11	Наташа:	((горизонтально качнула головой))
12	Мама:	[не:т
13	Врач:	[мгхм
14	Врач:	.hh [(то есть)
15	Папа:	[анализ мач- мачи сдали сегодня
16		сутра,
17		(1.1)
18	Папа:	°>Результатов пока нет<°
19	Врач:	мгхм
20		(0.3)
21	Врач:	>Хорошо<.
22		Кровь не сдав?али ↓да за [это время
23	Врач:	[нет кровь
24		↓не сдавали

В строчках 3–4 врач задает вопрос о боли при мочеиспускании. С одной стороны, вопрос однозначно адресован родителям, в частности – маме. Сама конструкция вопроса предполагает, что получателем является не тот, у кого мочеиспускание вызывает боль, а тот, кто может получить жалобу по этому поводу, то есть родитель. Этот вопрос предполагает, что получатель имеет опосредованный эпистемический доступ к предмету обсуждения (Heritage 2012). С другой стороны, врач формулирует вопрос так, чтобы он потенциально был доступен ребенку. В частности, она использует слово «писает», а не «мочеиспускание».

Еще до того, как врач закончила произносить вопрос, мама поворачивается к Наташе (строчка 5). После вопроса появляется разрыв в 0,3 секунды (строчка 6), который может указывать на возможные проблемы с ответом. Далее мама начинает качать головой (строчка 7) (что можно рассматривать как отрицательный ответ), но прерывает это действие и спрашивает Наташу о боли при мочеиспускании (строчка 9). Сам вопрос она формулирует как вопрос о текущем положении дел: «тебе больно писать?». После вопроса мамы возникает разрыв в 0,8 секунды (строчка 10). Затем Наташа качает головой, что участники интерпретируют как отрицательный ответ (строчка 11). После этого мама отвечает на первоначальный вопрос врача, вербально воспроизведя ответ Наташи – «нет» (строка 12), и закрывает таким образом изначальную пару вопрос/ответ.

В этом фрагменте мама адаптирует вопрос для ребенка. Она меняет время вопроса (с прошлого на настоящее), формулируя его как вопрос о текущем состоянии дел. В отличие от первого фрагмента, здесь ответ ребенка не вызывает каких-либо проблем для родителей или врача. Однако между этими случаями есть много общего. В обоих случаях врач задает вопрос родителям, но последние переадресуют его ребенку. В обоих случаях родители упрощают вопрос для ребенка, формулируя его как «да/нет» вопрос. Такое упрощение конструкции вопроса может быть одним из проявлений особого отношения к детям, а первый случай показывает, что это может привести к определенным трудностям для других участников.

УВЛЕЧЕННОСТЬ ИГРУШКАМИ

Помимо изменения дизайна вопроса есть еще одна повторяющаяся особенность вовлечения детей в разговор врача и родителя – то, что именно дети обычно делают, когда во время сбора анамнеза им по какой-либо причине задают вопрос. В кабинете педиатра лежат различные игрушки: космическая ракета, железная дорога и некоторые другие. Как правило, когда семья входит в кабинет, ребенок сразу же начинает играть с игрушками без какого-либо приглашения, даже если семья впервые приходит в эту клинику. В каком-то смысле дети ожидают, что если есть игрушки, они могут с ними поиграть. Эта особенность устройства педиатрического кабинета может определенным образом влиять на то, как ребенок участвует в разговоре. Рассмотрим подобный пример.

- 34 Папа: [симптомы какие-то такие
35 (0.5)
36 Врач: [Поняла
37 Мама: [У тебя сейчас что-нибудь болит? °лапуль°
38 (0.4)
39 Маша: |↑м ↓м:
40 Маша: |((горизонтально двигает головой))
41 (0.7)
42 Врач: [м хм
43 Мама: [А сопли °есть?°
44 Врач: |[помою руки
45 Врач: |((пошла к раковине))
46 Папа: [А ну и сопли у нас есть
47 Врач: [↑Аха:
48 Папа: [Сопли у нас почти [всегда:
49 Врач: [аха
50 Папа: .h v:: такие более менее тяжелые ситуации прям
51 ↑зеленые красивые до невозможности (.)
52 переливающиеся цвет морской волны [такой
53 Маша: [е:: хехе
54 (0.3)
55 Папа: А сегодня:: (.) вот щас например (.) просто обычные
56 просто обычныеэ:: такие:: э:м на: ну ↑прозрачные
57 и довольно °жидкие°
58 (7.2)

Как я уже упоминал, прямо перед этим фрагментом врач суммировала причины обращения. Мама ответила, что они хотели бы разработать более общую стратегию улучшения здоровья ребенка. Врач принимает этот запрос (строчка 3) и спрашивает об актуальной на данный момент проблеме. Врач предполагает, что это боль в горле (строчки 5–6). В самом вопросе нет имени или местоимения, таким образом, и ребенок, и родители могут являться адресатами вопроса.



Рис. 1. Иллюстрация к строкам 8 и 13 фрагмента 3

Далее мама задает Маше аналогичный вопрос (строчки 7 и 9). Однако вопрос мамы предлагает более широкий спектр ответов: речь идет не о горле, а о том, что вообще болит. В момент вопроса Маша играет с игрушками (рис. 1), поэтому для ее вовлечения требуется дополнительная работа: мама кладет руку ей на плечо (строчка 8) и просит оставить игрушки (строчка 10).

Маша садится на стул (строчка 13) и отвечает, что сейчас у нее ничего не болит (строчка 12). В определенной степени это неожиданный или «нежелательный» (dispreferred) (Schegloff 1988) ответ. Дизайн вопроса строится на допущении, что нечто должно болеть: «Маша, расскажи, что у тебя сейчас болит или не болит». В разговорном анализе такие допущения называются пресуппозициями вопроса (Heritage 2010). Например, вопрос «У тебя что-то болит?» не имеет позитивной пресуппозиции о наличии боли. Первая часть вопроса мамы предполагает, что нечто должно болеть, и касается в большей степени того, что именно болит. Хотя мама в конце добавляет «или не болит», эта часть не имеет смысла без первой. Иными словами, нельзя спросить, «что у тебя сейчас не болит?» – по крайней мере, в данном случае. Более того, сама ситуация (медицинская консультация) и то, что родители сообщали ранее (у Маши болит горло), также создают ожидание, что нечто должно болеть.

Помимо этого, ответ Маши – это угроза «докторабельности» (doctorability) проблемы. Докторабельная проблема — это проблема, «заслуживающая медицинской помощи, заслуживающая оценки как потенциально серьезное заболевание, заслуживающая консультации и, при необходимости, лечения» (Heritage and Robinson 2006:58). В данном случае ответ Маши создает определенную проблему: представляет эту семью так, будто она пришла к врачу без достаточно серьезной причины. В дальнейшем родители предпринимают ряд действий для нейтрализации этой проблемы и поддержания докторабельности.

После ответа Маши мама добавляет, что у дочери раньше болело горло (строчка 16), то есть она ориентируется на потенциальную проблематичность ответа Маши и пытается показать, что у них, по крайней мере, была реальная причина для посещения врача. В строчке 17 в обсуждение вступает папа. В последующих сегментах (17–34) он заново представляет проблему, но дает более подробную информацию. Некоторые особенности того, как папа делает это, указывают на его ориентацию на проблему докторабельности. Он представляет особенности состояния ребенка как нечто серьезное и заслуживающее внимания врача.

В частности, папа описывает особенности кашля (строчки 17–20) и квалифицирует его как «не очень хороший» (строчка 19). Он также вводит новый симптом, который ранее не упоминался в разговоре, – температура (строчки 23–25). Далее он добавляет, что, «по крайней мере» сегодня утром, температура была повышена (строчка 27). Вероятно, он ожидает, что, если проверить температуру сейчас, она может оказаться нормальной. Это может снова поставить под угрозу докторабельность их проблемы. Таким образом, он пытается нейтрализовать эту потенциальную угрозу. Далее он описывает боль в горле (строчки 29–30) и упоминает, что она возникает «периодически» (строчка 29). Более того, он добавляет, что горло «то болит, то не болит» (строчка 30). Это явно отсылает к ответу Маши на вопрос

о том, что сейчас болит (строчка 12). Таким образом, он очень специфично представляет симптомы, как то, что есть у Маши в целом, но прямо сейчас они могут не проявляться. Такой метод презентации демонстрирует, что в этом сегменте папа пытается устранить угрозу докторабельности, которую создала Маша, когда сказала, что сейчас ничего не болит.

В строчке 34 папа демонстрирует, что закончил свою речь. Разрыв после его череда (строчка 35) делает это окончание еще более очевидным. Врач принимает это представление (строчка 36). Параллельно с этим мама снова спрашивает Машу, не болит ли сейчас что-то (строчка 37). Маша, качая головой, отвечает отрицательно (строчка 40). Затем врач принимает ответ (строчка 42) и инициирует переход к следующему этапу – физическому осмотру. Сказав «помою руки» (строчка 44), она направляется к раковине (строчка 45).

Параллельно с этим мама спрашивает Машу о конкретном симптоме, который у нее может быть, – «сопли» (строчка 43). Ранее об этом симптоме они не упоминали. В свете этого вопрос мамы выглядит попыткой найти хоть что-то, что есть у ребенка прямо сейчас. Папа подхватывает этот симптом (строчки 46–57) и описывает его двумя способами: как два разных типа соплей. Первый характерен для «более-менее сложных ситуаций» (50–52). Для описания этого типа соплей папа использует необычные категории – «цвет морской волны» (строчка 52). Возможно, таким образом он усиливает описание симптома (Heritage and Robinson 2006), поскольку зеленые сопلي могут являться чем-то более серьезным, чем прозрачные. Затем он описывает сопли в текущей ситуации (строчки 55–57) как «обычные» и «прозрачные» (строчка 56). Это двойное описание опять же указывает на ориентацию папы на проблему докторабельности: он мог описать только те сопли, которые есть у ребенка прямо сейчас, однако это могло быть недостаточно серьезным симптомом.

Эта повторная презентация симптомов в некотором смысле интерпретирует или фреймирует утверждение Маши о том, что сейчас ничего не болит. Реплики папы не противоречат высказыванию Маши. Он не может сказать что-то вроде «она не понимает, что говорит, у нее действительно есть симптомы», потому что Маша – единственная, кто имеет прямой эпистемический доступ к своему телу. Как правило, телесные ощущения людей – это их собственная территория знания (Heritage 2012), что дает эксклюзивное право говорить об этих ощущениях. Иными словами, родители не могут лучше Маши знать, что она чувствует². Поэтому высказывание Маши, что сейчас ничего не болит, ставит перед ее родителями серьезную проблему: как показать, что у них есть причина, достойная обращения к врачу, и при этом не противоречить тому, что сказала дочь. Решение этой пробле-

² Однако важно отметить, что в определенных ситуациях связь между прямым эпистемическим доступом к своему телу и правом говорить о своем теле может быть разорвана. Педиатрические консультации могут быть одним из примеров подобных ситуаций. Хотя дети имеют прямой доступ к своим телесным ощущениям, врачи, как правило, спрашивают об этих ощущениях их родителей, но не самих детей. Таким образом, в подобных ситуациях прямой доступ к телесным ощущениям не дает автоматического права говорить об этих ощущениях (Guzmán 2014).

мы папой – представить симптомы как нечто, что есть у Маши в целом, но сейчас может не проявляться.

Одна из возможных причин расхождения между высказыванием Маши и тем, что сказали ранее родители, – невовлеченность Маши в разговор с самого начала. Она играла с игрушками и не обращала внимания на то, о чем шла речь. Таким образом, когда ее спросили о том, что сейчас болит, она ответила прямо – ничего. Возможно, если бы она участвовала в разговоре с самого начала, ее ответ бы в большей степени соответствовал тому, что сказали родители. В частности, она могла бы сделать то, что в дальнейшем сделал папа: упомянуть, что сейчас ничего не болит, но до этого что-то болело.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ демонстрирует различные особенности того, как организовано участие детей в медицинских консультациях и как некоторые из этих особенностей ограничивают агентность детей. Я показал, что проблемы, которые, на первый взгляд, вызваны действиями детей, в действительности являются результатом определенной организации взаимодействия. В частности, результатом того, как формулируются вопросы для детей (и что предшествовало этим вопросам), а также того, что во время педиатрических консультаций дети в основном сосредотачиваются на игрушках, а не на разговоре между врачом и родителями. Поэтому, когда детей приглашают к участию, им сложно учесть то, что обсуждалось ранее, и распознать, что участники делают прямо сейчас (например, обсуждение общего состояния ребенка или того, что он(а) чувствует в конкретный момент). В результате дети могут сказать нечто, что противоречит сказанному ранее, или интерпретировать вопрос иным образом, чем его видят другие участники (фрагмент 1). Таким образом, игрушки в кабинете врача – это палка о двух концах. С одной стороны, они помогают сделать встречу с врачом менее стрессовой, а с другой – наличие игрушек ставит детей в пассивное положение и затрудняет их дальнейшее участие. Помимо прочего, это может влиять на процесс социализации детей в роли пациентов и привести к тому, что дети в более взрослом возрасте могут оставаться пассивными участниками медицинских консультаций (Stivers 2012).

Данная статья и, более широко, конверсационный анализ имеют ряд импликаций для исследований детства. Во-первых, этот подход демонстрирует, что агентность – не то, чем люди «владеют» и что может развиваться линейно (по мере взросления). Агентность производится и воспроизводится во взаимодействии, здесь и сейчас. Это предмет переговоров участников в конкретных практических (релевантных здесь и сейчас взаимодействию) обстоятельствах. Таким образом, агентность неотделима от контекста ее производства. Соответственно, не имеет смысла говорить об агентности детей вообще, но об агентности в конкретных контекстах или типах взаимодействия – например, агентность пациентов, учеников, игроков в определенные игры и т. п. (Корбут 2013). Во-вторых, эта перспектива высвечивает, что агентность – это не индивидуальный феномен. То, как

другие участники взаимодействуют с актором (например, как задают вопросы), создает возможность для производства определенного действия и, соответственно, агентности.

Помимо этого, данная статья имеет практические импликации для организации коммуникации врач – родитель – ребенок. Сама идея участия или неучастия как результата организации социальной ситуации предполагает, что если участники изменяют организацию этого взаимодействия (например, то, как они формулируют вопросы для детей, и уберут или уменьшат количество игрушек), то дети могут быть более вовлечены в медицинские консультации и предоставлять более значимую с медицинской точки зрения информацию.

ГЛОССАРИЙ СИМВОЛОВ ТРАНСКРИБИРОВАНИЯ

[Момент одновременного начала накладывающихся чередов или фрагментов
]	Момент одновременного окончания накладывающихся чередов или фрагментов, либо момент окончания одного из накладывающихся чередов или фрагментов при продолжении другого
=	Отсутствие паузы там, где она может ожидаться (например, в конце предложения)
(1.2)	Пауза в целых и десятых долях секунды
(.)	Небольшая пауза (\pm одна десятая секунды) внутри или между чередом
<u>слово</u>	Интонационное выделение посредством смены высоты и/или диапазона голоса
:::	«Растягивание» звука (длина ряда двоеточий соответствует длительности растягивания)
\updownarrow	Заметное повышение или понижение высоты голоса в последующем фрагменте (количество стрелок обозначает силу повышения или понижения)
.,?	Интонация: завершающаяся, продолжающаяся, вопросительная
СЛОВО	Фрагмент, произнесенный громче окружающих его фрагментов
°слово°	Фрагмент, произнесенный тише окружающих его фрагментов
.hh	Вдох
hh	Выдох
-	Обрыв череда или слова
> <	Фрагмент, произнесенный быстрее окружающих его фрагментов
< >	Фрагмент, произнесенный медленнее окружающих его фрагментов
()	Фрагмент, который не удалось разобрать (расстояние между скобками должно соответствовать длине высказывания)
(слово)	Неуверенность в точности транскрибирования
((кашляет))	Комментарии транскрибера
Ужасн(h)a	Частица смеха
£	Фрагмент, произнесенный с улыбкой

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Козловская, Ангелина и Анна Козлова. 2020. «Детская агентность как предмет теоретической дискуссии и практическая проблема (антропологический комментарий)». *Антропологический форум* 45:11–25. <https://doi.org/10.31250/1815-8870-2020-16-45-11-25>.
- Корбут, Андрей. 2013. «Концепция конститутивного порядка в этнометодологии». *Журнал социологии и социальной антропологии* 16(2):65–82.
- Сильверман, Джонатан, Сюзанна Керц и Джульет Дрейпер. 2018. *Навыки общения с пациентами*. М.: Гранат.
- Aronsson, Karin, and Ann-Christin Cederborg. 1996. "Coming of Age in Family Therapy Talk: Perspective Setting in Multiparty Problem Formulations." *Discourse Processes* 21(2):191–212. <https://doi.org/10.1080/01638539609544955>.
- Aronsson, Karin, and Bengt Rundström. 1988. "Child Discourse and Parental Control in Pediatric Consultations." *Text: Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse* 8(3):159–190. <https://doi.org/10.1515/text.1.1988.8.3.159>.
- Atkinson, J. Maxwell, and John Heritage, eds. 1985. *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bolden, Galina B. 2006. "Little Words That Matter: Discourse Markers 'So' and 'Oh' and the Doing of Other-Attentiveness in Social Interaction." *Journal of Communication* 56(4):661–688. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00314.x>.
- Byrne, Patrick Sarsfield, and Barrie E. L. Long. 1976. *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*. London: H. M. S. O.
- Cahill, Patricia, and Alexia Papageorgiou. 2007a. "Triadic Communication in the Primary Care Paediatric Consultation: A Review of the Literature." *British Journal of General Practice* 57(544):904–911.
- Cahill, Patricia, and Alexia Papageorgiou. 2007b. "Video Analysis of Communication in Paediatric Consultations in Primary Care." *British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 57(544):866–871.
- Cené, Crystal W., Beverley H. Johnson, Nora Wells, Beverly Baker, Renee Davis, and Renee Turchi. 2016. "A Narrative Review of Patient and Family Engagement: The 'Foundation' of the Medical Home." *Medical Care* 54(7):697–705. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000548>.
- Clemente, Ignasi. 2009. "Progressivity and Participation: Children's Management of Parental Assistance in Paediatric Chronic Pain Encounters." *Sociology of Health & Illness* 31(6):872–878.
- Coyne, Imelda. 2008. "Children's Participation in Consultations and Decision-Making at Health Service Level: A Review of the Literature." *International Journal of Nursing Studies* 45(11):1682–1689. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.002>.
- Curtis-Tyler, Katherine. 2011. "Levers and Barriers to Patient-Centred Care with Children: Findings from a Synthesis of Studies of the Experiences of Children Living with Type 1 Diabetes or Asthma." *Child: Care, Health and Development* 37(4):540–550. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01180.x>.
- Goffman, Erving. 1983. "The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address." *American Sociological Review* 48(1):1–17. <https://doi.org/10.2307/2095141>.
- Goodwin, Charles. 2004. "A Competent Speaker Who Can't Speak: The Social Life of Aphasia." *Journal of Linguistic Anthropology* 14(2):151–170.
- Guzmán, Jennifer R. 2014. "The Epistemics of Symptom Experience and Symptom Accounts in Mapuche Healing and Pediatric Primary Care in Southern Chile." *Journal of Linguistic Anthropology* 24(3):249–276. <https://doi.org/10.1111/jola.12055>.
- Halkowski, Timothy. 2006. "Realizing the Illness: Patients' Narratives of Symptom Discovery." Pp. 86–114 in *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, edited by Douglas W. Maynard and John Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, Christian. 1992. "The Delivery and Reception of Diagnosis in the General Practice Consultation." Pp. 235–267 in *Talk at Work*, edited by Paul Drew and John Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.

- Hepburn, Alexa, and Galina B. Bolden. 2017. *Transcribing for Social Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Heritage, John. 2010. "Questioning in Medicine." Pp. 42–68 in *Why Do You Ask?: The Function of Questions in Institutional Discourse*. Oxford: Oxford University Press.
- Heritage, John. 2012. "Epistemics in Conversation." Pp. 370–394 in *The Handbook of Conversation Analysis*, edited by Jack Sidnell and Tanya Stivers. Oxford: Blackwell Publishing.
- Heritage, John, and Jeffrey Robinson. 2006. "Accounting for the Visit: Giving Reasons for Seeking Medical Care." Pp. 49–84 in *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hutchby, Ian, and Jo Moran-Ellis. 1998. "Situating Children's Social Competence." Pp. 8–28 in *Children and Social Competence: Arenas of Action*. London: Falmer Press.
- James, Allison, and Alan Prout, eds. 1997. *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. 2nd ed. London: Routledge.
- Jenkins, Laura, Alexa Hepburn, and Colin MacDougall. 2020. "How and Why Children Instigate Talk in Pediatric Allergy Consultations: A Conversation Analytic Account." *Social Science & Medicine* 266:113291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113291>.
- Peräkylä, Anssi. 1998. "Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care." *Social Psychology Quarterly* 61(4):301–320. <https://doi.org/10.2307/2787032>.
- Peräkylä, Anssi. 2002. "Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters." *Research on Language and Social Interaction* 35(2):219–247. https://doi.org/10.1207/S15327973RLSI3502_5.
- Psathas, George. 1990. "Direction-Giving in Interaction." *Réseaux: Communication—Technologie—Société* 8(1):183–198. <https://doi.org/10.3406/reso.1990.3538>.
- Pyörälä, Eeva. 2004. "The Participation Roles of Children and Adolescents in the Dietary Counseling of Diabetics." *Patient Education and Counseling* 55(3):385–395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.04.008>.
- Robinson, Jeffrey D. 2003. "An Interactional Structure of Medical Activities during Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation." *Health Communication* 15(1):27–57. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1501_2.
- Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff, and Gail Jefferson. 1974. "A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation." *Language* 50(4):696–735. <https://doi.org/10.2307/412243>.
- Schegloff, Emanuel A. 1971. "Notes on a Conversational Practice: Formulating Place." Pp. 75–119 in *Studies in Social Interaction*, edited by David Sudnow. New York: Free Press.
- Schegloff, Emanuel A. 1988. "On an Actual Virtual Servo-Mechanism for Guessing Bad News: A Single Case Conjecture." *Social Problems* 35(4):442–457. <https://doi.org/10.2307/800596>.
- Schegloff, Emanuel A. 2007. *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stivers, Tanya. 2001. "Negotiating Who Presents the Problem: Next Speaker Selection in Pediatric Encounters." *Journal of Communication* 51(2):252–282. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2001.tb02880.x>.
- Stivers, Tanya. 2012. "Language Socialization in Children's Medical Encounters." Pp. 247–267 in *Handbook on Language Socialization*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Stivers, Tanya, and Asifa Majid. 2007. "Questioning Children: Interactional Evidence of Implicit Bias in Medical Interviews." *Social Psychology Quarterly* 70(4):424–441. <https://doi.org/10.1177/019027250707000410>.
- Stivers, Tanya, and Jeffrey D. Robinson. 2006. "A Preference for Progressivity in Interaction." *Language in Society* 35(3):367–392. <https://doi.org/10.1017/S0047404506060179>.
- Wassmer, E., G. Minnaar, N. Abdel Aal, M. Atkinson, E. Gupta, S. Yuen, and G. Rylance. 2004. "How Do Paediatricians Communicate with Children and Parents?" *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 93(11):1501–1506. <https://doi.org/10.1080/08035250410015079>.

“TELL ME WHAT HURTS RIGHT NOW”: INVOLVING CHILDREN IN DOCTOR- PARENT INTERACTION THROUGH ASKING A QUESTION

Aleksandr Shirokov

Aleksandr Shirokov, School of Communication and Information, Rutgers University; participant of the RSF project No. 18-78-10132, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences. Address for correspondence: Rutgers University, 4 Huntington St., New Brunswick, NJ 08901, USA. aleksandr.shirokov@rutgers.edu.

Research for this article was conducted with the financial support of the grant from the Russian Science Foundation No. 18-78-10132, “Communicative Contour of Biomedical Technologies (Using the Example of Genomic Medicine).”

The author would like to thank Jenny Mandelbaum and Jeffrey Lane for comments on and critique of earlier versions of this paper. The author also thanks Aleksandra Kurlenkova, Andrei Korbut, Iuliia Avgustis, Alisa Maksimova, and Artem Reiniuk, who provided valuable insights during data sessions. Special thanks to all the doctors and the clinic’s staff who helped with collecting this data.

Various studies have shown that children make limited contributions to their own medical consultations. One explanation for this is that in Western cultures children are treated as incompetent agents who are not expected to actively participate in such institutional interactions as medical interactions. The article analyzes video recordings of pediatric consultations, particularly how children are involved in the doctor-parent conversation by asking a question. Such situations have a certain structure: first, the doctor poses a question to the parent, then the parent reasks this question to the child slightly changing the question’s design. The author focuses on this change in the question’s design and shows some of the problems associated with how participants formulate questions for children. The author shows that the problems that at first glance are caused by children’s actions are, in fact, the result of the social organization of interaction. The article also demonstrates that children tend to focus on toys rather than doctor-parent conversations during pediatric consultations. Therefore, when children are invited to participate, it is difficult for them to consider what was discussed earlier and recognize what the participants are doing right now. As a result, children may say something that contradicts what was said earlier or interpret the question in a different way than other participants see it. To a certain extent, the presence of toys puts children in a passive position and makes it difficult for them to participate further. The article has both conceptual implications for discussions about children’s agency and patient participation in medical consultations and practical implications for organizing doctor-parent-child communication.

Keywords: Conversation Analysis; Doctor-Parent-Child Interaction; Insertion Sequence; Patient Participation; Child Agency

REFERENCES

- Aronsson, Karin, and Ann-Christin Cederborg. 1996. "Coming of Age in Family Therapy Talk: Perspective Setting in Multiparty Problem Formulations." *Discourse Processes* 21(2):191–212. <https://doi.org/10.1080/01638539609544955>.
- Aronsson, Karin, and Bengt Rundström. 1988. "Child Discourse and Parental Control in Pediatric Consultations." *Text: Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse* 8(3):159–190. <https://doi.org/10.1515/text.1.1988.8.3.159>.
- Atkinson, J. Maxwell, and John Heritage, eds. 1985. *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bolden, Galina B. 2006. "Little Words That Matter: Discourse Markers 'So' and 'Oh' and the Doing of Other-Attentiveness in Social Interaction." *Journal of Communication* 56(4):661–688. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00314.x>.
- Byrne, Patrick Sarsfield, and Barrie E. L. Long. 1976. *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*. London: H. M. S. O.
- Cahill, Patricia, and Alexia Papageorgiou. 2007a. "Triadic Communication in the Primary Care Paediatric Consultation: A Review of the Literature." *British Journal of General Practice* 57(544):904–911.
- Cahill, Patricia, and Alexia Papageorgiou. 2007b. "Video Analysis of Communication in Paediatric Consultations in Primary Care." *British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 57(544):866–871.
- Cené, Crystal W., Beverley H. Johnson, Nora Wells, Beverly Baker, Renee Davis, and Renee Turchi. 2016. "A Narrative Review of Patient and Family Engagement: The 'Foundation' of the Medical Home." *Medical Care* 54(7):697–705. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000548>.
- Clemente, Ignasi. 2009. "Progressivity and Participation: Children's Management of Parental Assistance in Paediatric Chronic Pain Encounters." *Sociology of Health & Illness* 31(6):872–878.
- Coyne, Imelda. 2008. "Children's Participation in Consultations and Decision-Making at Health Service Level: A Review of the Literature." *International Journal of Nursing Studies* 45(11):1682–1689. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.002>.
- Curtis-Tyler, Katherine. 2011. "Levers and Barriers to Patient-Centred Care with Children: Findings from a Synthesis of Studies of the Experiences of Children Living with Type 1 Diabetes or Asthma." *Child: Care, Health and Development* 37(4):540–550. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01180.x>.
- Goffman, Erving. 1983. "The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address." *American Sociological Review* 48(1):1–17. <https://doi.org/10.2307/2095141>.
- Goodwin, Charles. 2004. "A Competent Speaker Who Can't Speak: The Social Life of Aphasia." *Journal of Linguistic Anthropology* 14(2):151–170.
- Guzmán, Jennifer R. 2014. "The Epistemics of Symptom Experience and Symptom Accounts in Mapuche Healing and Pediatric Primary Care in Southern Chile." *Journal of Linguistic Anthropology* 24(3):249–276. <https://doi.org/10.1111/jola.12055>.
- Halkowski, Timothy. 2006. "Realizing the Illness: Patients' Narratives of Symptom Discovery." Pp. 86–114 in *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, edited by Douglas W. Maynard and John Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, Christian. 1992. "The Delivery and Reception of Diagnosis in the General Practice Consultation." Pp. 235–267 in *Talk at Work*, edited by Paul Drew and John Heritage. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hepburn, Alexa, and Galina B. Bolden. 2017. *Transcribing for Social Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Heritage, John. 2010. "Questioning in Medicine." Pp. 42–68 in *"Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse*. Oxford: Oxford University Press.
- Heritage, John. 2012. "Epistemics in Conversation." Pp. 370–394 in *The Handbook of Conversation Analysis*, edited by Jack Sidnell and Tanya Stivers. Oxford: Blackwell Publishing.

- Heritage, John, and Jeffrey Robinson. 2006. "Accounting for the Visit: Giving Reasons for Seeking Medical Care." Pp. 49–84 in *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hutchby, Ian, and Jo Moran-Ellis. 1998. "Situating Children's Social Competence." Pp. 8–28 in *Children and Social Competence: Arenas of Action*. London: Falmer Press.
- James, Allison, and Alan Prout, eds. 1997. *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. 2nd ed. London: Routledge.
- Jenkins, Laura, Alexa Hepburn, and Colin MacDougall. 2020. "How and Why Children Instigate Talk in Pediatric Allergy Consultations: A Conversation Analytic Account." *Social Science & Medicine* 266:113291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113291>.
- Korbut, Andrei. 2013. "Kontsepsiia konstitutivnogo poriadka v etnometodologii." *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii* 16(2):65–82.
- Kozlovskaya, Angelina, and Anna Kozlova. 2020. "Detskaia agentnost' kak predmet teoreticheskoi diskussii i prakticheskaiia problema (antropologicheskii kommentarii)." *Antropologicheskii forum* (45):11–25. <https://doi.org/10.31250/1815-8870-2020-16-45-11-25>.
- Peräkylä, Anssi. 1998. "Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care." *Social Psychology Quarterly* 61(4):301–320. <https://doi.org/10.2307/2787032>.
- Peräkylä, Anssi. 2002. "Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters." *Research on Language and Social Interaction* 35(2):219–247. https://doi.org/10.1207/S15327973RLSI3502_5.
- Psathas, George. 1990. "Direction-Giving in Interaction." *Réseaux: Communication—Technologie—Société* 8(1):183–198. <https://doi.org/10.3406/reso.1990.3538>.
- Pyörälä, Eeva. 2004. "The Participation Roles of Children and Adolescents in the Dietary Counseling of Diabetics." *Patient Education and Counseling* 55(3):385–395. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.04.008>.
- Robinson, Jeffrey D. 2003. "An Interactional Structure of Medical Activities during Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation." *Health Communication* 15(1):27–57. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1501_2.
- Sacks, Harvey, Emanuel A. Schegloff, and Gail Jefferson. 1974. "A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation." *Language* 50(4):696–735. <https://doi.org/10.2307/412243>.
- Schegloff, Emanuel A. 1971. "Notes on a Conversational Practice: Formulating Place." Pp. 75–119 in *Studies in Social Interaction*, edited by David Sudnow. New York: Free Press.
- Schegloff, Emanuel A. 1988. "On an Actual Virtual Servo-Mechanism for Guessing Bad News: A Single Case Conjecture." *Social Problems* 35(4):442–457. <https://doi.org/10.2307/800596>.
- Schegloff, Emanuel A. 2007. *Sequence Organization in Interaction: A Primer in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silverman, Jonathan, Juliet Draper, and Suzanne Kurtz. 2018. *Navyki obshcheniia s patsientami*. Moscow: Granat.
- Stivers, Tanya. 2001. "Negotiating Who Presents the Problem: Next Speaker Selection in Pediatric Encounters." *Journal of Communication* 51(2):252–282. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2001.tb02880.x>.
- Stivers, Tanya. 2012. "Language Socialization in Children's Medical Encounters." Pp. 247–267 in *Handbook on Language Socialization*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Stivers, Tanya, and Asifa Majid. 2007. "Questioning Children: Interactional Evidence of Implicit Bias in Medical Interviews." *Social Psychology Quarterly* 70(4):424–441. <https://doi.org/10.1177/019027250707000410>.
- Stivers, Tanya, and Jeffrey D. Robinson. 2006. "A Preference for Progressivity in Interaction." *Language in Society* 35(3):367–392. <https://doi.org/10.1017/S0047404506060179>.
- Wassmer, E., G. Minnaar, N. Abdel Aal, M. Atkinson, E. Gupta, S. Yuen, and G. Rylance. 2004. "How Do Paediatricians Communicate with Children and Parents?" *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)* 93(11):1501–1506. <https://doi.org/10.1080/08035250410015079>.