

АЛЕКСАНДР ШИРОКОВ

PhD-студент Школы коммуникации и информации,
Ратгерский университет,
Нью-Брансуик, Нью-Джерси, США;
e-mail: aleksandr.shirokov@rutgers.edu



Сопrotивляясь асимметрии во взаимодействии с врачом: как пациенты легитимируют и защищают свои эпистемические претензии

УДК: 316.628.6

DOI: 10.24411/2079-0910-2020-13009

Включение нарративов пациентов, социальных/психологических/культурных факторов в сферу деятельности врача — это одна из основных проблем в дискуссии о пациент-ориентированном подходе к медицине как в сообществе самих врачей, так и среди социальных исследователей(-ниц) медицины. Это не только практическая, но и исследовательская задача — поиск лучших способов сделать индивидуальные предпочтения и убеждения пациентов важной частью коммуникации. Значительная часть литературы об асимметрии во взаимодействии врача и пациента посвящена «стороне врача»: способам, которыми врачи контролируют коммуникацию. Тем не менее в одной из версий пациент-ориентированность — это совместное достижение участников взаимодействия. Соответственно, станут ли беспокойства, убеждения и верования пациентов важной частью коммуникации, зависит не только от действий врачей, но и от того, как пациенты представляют их и как их поддерживают. В этом тексте, опираясь на разговорный анализ, автор показывает, какие способы используют пациенты для легитимизации определенных эпистемических претензий или претензий на знание чего-либо (например, диагностические гипотезы, предпочтения в лечении, объяснения своего состояния и т. п.) в ситуациях, когда они противоречат биомедицинской парадигме. В качестве данных выступают видео- и аудиозаписи медицинских консультаций врачей различных специальностей. В частности, в статье анализируются фрагменты гинекологической, эндокринологической и медико-генетической консультаций. Проведенный анализ, помимо прочего, высвечивает особенность, характерную для некоторых медицинских взаимодействий: «маркирование» или категоризацию проблем и особенностей пациентов как типичных или нетипичных. Автор показывает, как это осуществляется на практике не только врачами, но и самими пациентами.

Ключевые слова: разговорный анализ, взаимодействие врача и пациента, эпистемика, асимметрия врача и пациента, пациент-ориентированный подход, гинекология, эндокринология, медицинская генетика.

Благодарность

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 18-78-10132 «Коммуникативный контур биомедицинских технологий (на примере геномной медицины)».

Автор выражает благодарность Галине Болден и Лизе Микселл за комментарии и критику различных фрагментов этого текста. Отдельная благодарность всем врачам и сотрудникам клиники, помогавшим в сборе данных.

Введение

Медицинская консультация — это место встречи различных типов знаний, в частности, высокоспециализированного медицинского знания и повседневного, или «житейского» [Helman, 1990, p. 118]. Иногда эти типы знаний могут противоречить друг другу, что проблематично в условиях асимметричного характера взаимодействия врача и пациента. Как правило, врач решает, что важно, а что нет. Это одна из основных проблем в дискуссии о пациент-ориентированном подходе к медицине как в сообществе самих врачей, так и среди социальных исследователей(-ниц) медицины.

Большинство авторов выступают за включение нарративов пациентов, социальных/психологических/культурных факторов в сферу деятельности врача. Модель болезни не должна ограничиваться биологическими или медицинскими аспектами [Лехциер, 2018]. В связи с этим предлагаются различные концептуальные решения: биопсихосоциальная модель [Engel, 1977]; необходимость принятия во внимание не только болезни (disease), но и опыта болезни (illness) [Barbour, 1995]; «забота о пациенте в целом» [Branch, 2000, p. 2257]; «более холистический подход» [Santana et al., 2018, p. 430]. В целом все эти концепции посвящены тому, как врачи должны обращаться с индивидуальными предпочтениями, верованиями и убеждениями пациентов во время общения с ними. Если врач примет их во внимание, это сделает медицину более пациент-ориентированной [Bensing et al., 2000].

Это не только практическая, но и исследовательская проблема — поиск способов сделать индивидуальные предпочтения и убеждения пациентов важной частью коммуникации. Значительная часть литературы об асимметрии во взаимодействии врача и пациента посвящена «стороне врача»: способам, которыми врачи контролируют коммуникацию. Тем не менее в одной из версий пациент-ориентированность — это совместное достижение участников взаимодействия [Street, 2017, p. 2132]. Соответственно, станут ли беспокойства, убеждения и верования пациентов важной частью коммуникации, зависит не только от действий врачей, но и от того, как пациенты представляют их и как их отстаивают. У пациентов также могут быть способы сделать свои эпистемические претензии (*knowledge claims*) [Heritage, 2013], или претензии на знание чего-либо (например, диагностических гипотез, предпочтений в лечении, объяснений своего состояния и т. п.) важной частью коммуникации; тем самым она становится более пациент-ориентированной. Далее в тексте слово «претензия» будет использоваться в значении «претендовать на что-либо», в данном случае — «претендовать на знание чего-либо».

Защищать и поддерживать такие эпистемические претензии особенно сложно, когда они противоречат биомедицинской парадигме, основанной на обобщенном научном знании. В этом тексте, опираясь на конверсационный анализ (conversation analysis, далее — CA), я покажу, какие методы используют пациенты для легитимизации определенных эпистемических претензий в подобных ситуациях.

Сначала я рассмотрю проблему асимметрии во взаимодействии врача и пациента. Затем кратко опишу методологию исследования и данные. После чего представлю анализ трех случаев столкновения эпистемических претензий врача и пациента(-ки).

Асимметрия во взаимодействии врача и пациента

Асимметрия — это одна из основных тем в исследованиях взаимодействия врача и пациента. Она появилась еще в 1950-е гг., когда Парсонс предложил свою программу социологии медицины [Parsons, 1951]. В рамках этой программы асимметрия являлась значимой особенностью медицины как института. Как позднее заметили Пильник и Дингуолл, «асимметрия лежит в основе медицины: она основана на том, для чего нужны врачи» [Pilnick, Dingwall, 2011, p. 1375]. Однако в своем подходе Парсонс концептуализировал асимметрию слишком абстрактно — как некоторую власть врача над пациентом.

В дальнейшем появились подходы, ориентированные на микроанализ взаимодействия врача и пациента и рассматривающие асимметрию как нечто более конкретное [Heritage, Maynard, 2006]. Один из таких подходов — конверсационный анализ [Atkinson, Heritage, 1984]. Согласно СА, «не все, что находится в контексте, является частью этого контекста» [Schegloff, 1992, p. 117]. В этой перспективе асимметрия не всегда релевантна для участников; она не существует автоматически, но со-конструируется и задействуется участниками взаимодействия различными способами [Maynard, 1991]. Таким образом, произошел переход от априорного полагания присутствия асимметрии к эмпирическим исследованиям того, как она (вос)производится в практике взаимодействия врача и пациента.

Изучая этап опроса пациента, Мишлер пришел к выводу, что в процессе приема врач и пациент могут оценивать происходящее исходя из различных, порой противоположных точек зрения [Mishler, 1984]. Перед врачом стоит задача собрать информацию, релевантную для постановки диагноза, из-за чего он/она ориентируется на обобщенное и деконтекстуализированное медицинское знание. В то время как для пациента(-ки) значимы личные страхи, тревоги и другие повседневные обстоятельства. По Мишлеру, это разница между «голосом медицины» (*voice of medicine*) и «голосом жизненного мира» (*voice of lifeworld*). Согласно ему, «голос медицины» заглушает и прерывает «голос жизненного мира» [Mishler, 1984, p. 14].

Хотя аргументы Мишлера были несколько абстрактными и скорее риторическими, чем аналитическими, его исследование задало повестку изучения этой фазы: как именно врачи контролируют коммуникацию с пациентами [Bolden, 2000; Drew, 2013]. Один из основных способов — это задавание специфически сформулированных вопросов [Heritage, 2010]. Особенно ярко это выражено на этапе сбора анамнеза, когда «вопросы врачей задают повестку для ответов пациентов и ограничивают то, как они могут представить дополнительную информацию и беспокойства» [Heritage, Clayman, 2010, p. 117]. Таким образом, во время этой фазы консультации у пациентов ограничены ресурсы для выражения и поддержания каких-либо эпистемических претензий.

Другое направление исследований, релевантное для обсуждаемой в этой статье проблематики, это анализ сообщения «противоречащей информации» (*discrepancy*

proposals) [Lehtinen, Kääriäinen, 2005; Lehtinen, 2007]. В таких исследованиях авторы анализируют то, как врачи отвечают на реплики пациентов, которые могут противоречить информации, сообщенной врачом ранее. Внесение пациентом такого противоречия создает сложную ситуацию: «прежде чем продолжить сообщение информации, врач должен каким-то образом решить проблему и устранить противоречие» [Lehtinen, 2007, p. 423]. Врач может отреагировать на подобное противоречие по крайней мере двумя способами. Во-первых, отклонить потенциально противоречивую информацию и не менять информацию, которую он/она сообщил ранее [Lehtinen, Kääriäinen, 2005]. Во-вторых, врач может принять потенциально противоречивую информацию, но сделать ее не противоречащей тому, что он/она ранее сообщил. То есть врач может объединить две версии [Lehtinen, 2007].

Таким образом, значительная часть литературы об асимметрии врача и пациента посвящена тому, как поддерживается эта асимметрия и как врачи контролируют коммуникацию. Однако есть не так много исследований о том, как пациенты поддерживают и защищают свои претензии на знание чего-либо. Данная работа посвящена тому, как, несмотря на асимметрию, пациенты могут обосновывать свои эпистемические претензии, когда они противоречат обобщенным медицинским знаниям, на которые ориентируются врачи. По сравнению с исследованиями сообщения «противоречащей информации» я проанализирую ситуации, в которых врач представляет информацию, потенциально противоречащую тому, что было сказано пациентом ранее. То есть в этих случаях врач вносит нечто противоречащее ранее сообщенной пациентом информации.

Методология и данные

В работе с данными я буду опираться на СА [Atkinson, Heritage, 1984]. Этот подход ориентирован на детальный анализ взаимодействия с использованием аудио- и видеозаписей. Важной частью такого исследования является транскрибирование данных по системе Джефферсон, которая предполагает фиксацию разговора так, как его слышат и как реагируют на него участники взаимодействия [Hepburn, Bolden, 2017]. Это достигается за счет транскрибирования пауз, интонаций, наложения реплик и т. п. Подробный глоссарий символов транскрибирования представлен в конце статьи.

Одно из основных, но не единственное направление внутри СА — это эпистемики (*epistemics*), или исследования знания-во-взаимодействии [Heritage, 2012]. Конверс-аналитики продемонстрировали, что в своих повседневных взаимодействиях люди озабочены проблемами эпистемологии. Вопросы вроде «кто знает, кто должен знать и кто имеет право знать, что» [Bolden, 2018, p. 142] являются предметами беспокойства участников различных взаимодействий.

Анализ подобных ситуаций демонстрирует, что знание — это не нечто, что находится внутри нас, но то, что разворачивается во взаимодействии, иными словами — знание-во-взаимодействии. Таким образом, СА позволяет исследовать то, как участники взаимодействия «отстаивают и защищают» [Heritage, 2013, p. 555] свои эпистемические претензии.

В этой статье я проанализирую три случая из двух коллекций данных. Первая — 151 видеозапись медицинских консультаций с врачами разных специальностей,

собранные в марте—августе 2019 г. в одной частной клинике в Москве. Вторая коллекция — 43 аудиозаписи медико-генетических консультаций, собранные в июле — декабре 2018 г. в лаборатории медицинской генетики при крупном центре хирургии в Москве. Случаи были отобраны по следующим критериям: 1) во фрагменте происходит некоторое столкновение эпистемических претензий врача и пациента(-ки); 2) пациенту(-ке) некоторым образом удастся отстоять или обосновать свою претензию на знание чего-то. Методы достижения этого и будут далее проанализированы.

«Индивидуальная особенность» как способ защиты эпистемической претензии

Первый случай — эпизод из гинекологической консультации. Основная причина визита пациентки — желание получить второе мнение по поводу лечения послеродовых осложнений. Этот эпизод произошел примерно на второй минуте консультации. Описывая свою беременность, пациентка характеризует ее как «сложную». Ей наложили швы на шейку матки на семнадцатой неделе. Перед представленным во фрагменте разговором врач и пациентка обсуждали детали этой процедуры, где и когда были наложены швы.

Фрагмент 1¹

- 1 П: Вот и:: (.) ну=канеш всё болезненно тяжело:.
 2 асобена снятие. ну вот воппем[та
 3 В: [Сня?тие была
 4 болезненным.
 5 (.)
 6 В: [Пачиму]
 7 П: [Очень]
 8 (0.6)
 9 П: °Дикасть. (.) была.°
 10 (.)
 11 П: Не знаю.
 12 П: Мне [уже снимали
 13 В: [°Это же ваппе не больно.
 14 (.)
 15 В: Это же [(больна)°
 16 П: [Ужа:сн(h)а
 17 (0.4)
 18 В: [°Ну может быть°
 19 П: [£очень больна£.
 20 П: У меня шейка (.) >видима< ну ваппе
 21 павышена чувствительн[ась. и мне все эти эти
 22 В: [мгхм,
 23 П: манипуляции £ани мне (пере)давались очень£

¹ Все транскрипты были анонимизированы. В транскриптах «В» будет обозначать врача, «П» — пациента или пациентку.

- 24 В: Панятна.
 25 П: [тяжело:, =
 26 В: [(°мгхм, °)
 27 П: =и может быть атчасти[:
 28 В: [Ну роды были
 29 в срок ведь=да, [то есть ()]
 30 П: [Да:/ прям- (.)]я в итоге

В начале фрагмента пациентка продолжает рассказывать о том, что ей пришлось пережить во время наложения и снятия швов. Она категоризирует этот опыт в целом как «болезненно тяжелый» (строчка 1) и в частности выделяет процедуру снятия швов (строчка 2). Это выделение происходит как словами, так и интонацией. Также важно заметить, что, презентуя боль, она использует слова «ну=канеш» (строчка 1). Пациенты могут использовать подобные выражения, чтобы представить проблему как нечто знакомое и обычное [*Heritage, Robinson, 2006, p. 51*] — будто снятие швов и должно вызывать боль.

В строчках 3–4 врач с вопросительной интонацией произносит: «Снятие было болезненным», и делает это специфическим образом. Во-первых, она начала говорить прежде, чем пациентка закончила свой черед² (строчки 2–3). Во-вторых, до этой реплики врач почти всегда смотрела в монитор и печатала. В момент начала реплики врач резко повернулась к пациентке (рис. 1).



Рис. 1. Строчки 2 и 3

Эти детали могут свидетельствовать о том, что реплика врача — это не вопрос, но скорее демонстрация того, что боль при снятии швов с шейки матки — это что-то необычное и требующее разъяснения. Ее реплика может быть интерпретирована (как аналитиком, так и пациенткой) как сомнение: действительно ли вам было больно? После микропаузы она добавляет вопрос «почему?» (строчка 6). Этот вопрос еще более явно делает боль при снятии швов чем-то необычным и эксплицирует необходимость аккаунта (*account*), или объяснения [*Robinson, 2009*].

После микропаузы (строчка 5) в чередѣ врача, параллельно с ее репликой пациентка начинает отвечать, что ей было очень больно (строчка 7). Ее ответ демонстрирует, что она квалифицирует реплику врача как сомнение. После 0.6 задержки

² В этом тексте вслед за Андреем Корбутом я перевожу *turn* как *черед*. Этот термин означает «все, что располагается между двумя последовательными сменами говорящих» [*Корбут, 2015, с. 134*].

(строчка 8) пациентка еще раз подчеркивает, что ей было больно, и «усиливает» свое описание боли (строчка 9). Далее она начинает говорить что-то еще, возможно, какие-то детали процедуры (строчка 12), но ее перебивает врач (строчка 13). Вероятно, это один из аспектов асимметрии врача — пациента и один из способов ее поддержания: в случае наложения реплик пациент прекращает говорить. Врач ориентируется на эту асимметрию, произнося свою реплику таким образом, то есть она ожидает, что пациентка прервет фразу.

В 13-й строчке врач прямо говорит, что процедура снятия швов не должна причинять боль. Это уже эксплицитно характеризует боль пациентки как нечто ненормальное, как то, чего не должно было быть. И тем не менее пациентка еще раз подчеркивает, что ей было больно (строчка 16).

Итак, в строчках 3–16 для участников релевантны вопросы того, что чувствовала пациентка и что она могла (или должна была) чувствовать. Врач выражает сомнение и задействует боль при снятии швов как нечто необычное и требующее объяснения. Пациентка сопротивляется, дважды отвечает, что ей действительно было больно, и делает это немного по-разному. В первом случае она произносит часть реплики тише и использует большое количество пауз (строчка 9). Она произносит реплику более «смущенно, неуверенно». Во второй раз пациентка, во-первых, интонационно выделяет свою реплику (строчка 16). Во-вторых, она отвечает сразу, еще до того, как врач закончила говорить. То есть во второй раз, утверждая, что ей было больно, она продемонстрировала больше уверенности. В этой последовательности имеет место эскалация: врач во второй раз прямо поставила под сомнение опыт боли пациентки, артикулировала его как нечто, чего не должно быть. Пациентка во второй раз отвечает более уверенно.

После 0.4 паузы (строчка 17) врач говорит: «Ну может быть» (строчка 18). С одной стороны, это некоторое признание того, что действительно, возможно, пациентке было больно. С другой стороны, врач начинает свой ответ с частицы «ну», которая может предварять закрытие какой-либо активности или закрытие обсуждения какой-либо темы [Bolden, 2016, p. 76]. Таким образом, реплика врача в строчке 18 — это не столько признание опыта пациентки, сколько избегание дальнейшей эскалации, что-то вроде: «хорошо, может быть, давай не будем спорить и пойдем дальше».

Несмотря на это, пациентка продолжила обсуждать данную тему и дала объяснение, почему ей было больно (строчки 20–25). Вероятно, если закрыть эту тему здесь, то останется недосказанность или необъясненность — почему пациентке было больно. Необходимость такого объяснения вызвана еще и тем, что врач эксплицитно продемонстрировала, что боль в случае снятия швов — это нечто ненормальное. Более того, ранее врач запросила объяснение (строчка 6). Аккаунт или объяснение пациентки состоит в том, что у нее есть некая индивидуальная особенность: повышенная чувствительность шейки матки. Это объяснение как легитимизирует боль, которую испытала пациентка, так и признает, что эта боль — исключение или личная особенность, которая обычно не наблюдается. То есть этот аккаунт нормализует противоречие между тем, что чувствовала пациентка, и тем, что она могла испытать в перспективе врача.

Во время того как пациентка сообщала объяснение, врач предприняла несколько попыток закрыть эту тему. Это может быть связано с ограничением времени на прием. Однако в данном случае важны не причины того, почему врач пытается закрыть эту тему, но то, как она это делает.

Первая попытка происходит в строчке 24 с помощью слова «понятна». Врач говорит это в определенном месте: после того, как пациентка сообщила о чувствительности шейки матки (строчка 21) и начала объяснять этой особенностью боль во время процедуры снятия швов (строчка 21, 23). В этот момент врачу уже понятно, что пациентка пытается сказать. Поэтому 24-ю строчку можно проинтерпретировать как попытку закрыть тему боли при снятии швов. Однако слово «понятно» может также работать как «продолжатель» (*continuer*) [Schegloff, 1982], то есть как то, что используется, чтобы стимулировать собеседника продолжать говорить. Пациентка продолжает, и далее врач принудительно закрывает тему с помощью вопроса, который опять же начинается с частицы «ну» (строчка 28). То есть вопрос используется как способ закрыть тему и сменить направление разговора. Пациентка обрывает свою реплику, чтобы ответить врачу.

Итак, из анализа этого фрагмента можно сделать два вывода. Во-первых, в нем задействуется и воспроизводится интеракционная асимметрия между врачом и пациентом. Доктор перебивает пациента и делает это как нечто «нормативно ожидаемое». Это показывает, что врач ориентируется на эту асимметрию, производя действие, и в то же самое время таким образом она воспроизводит эту асимметрию. Однако в этом воспроизводстве участвует и пациентка, которая прекращает говорить, чтобы ответить на вопрос врача. То есть она реагирует на перебивания врача как на нечто «нормальное». Таким образом, асимметрия — это совместное достижение. Она имеет прагматическое измерение. Асимметрия может быть использована как ресурс для того, чтобы двигать консультацию вперед в условиях ограниченного времени. Без этого врачу было бы сложнее закрыть тему и перейти к другому вопросу.

Во-вторых, в этом фрагменте происходит некоторое столкновение эпистемических претензий пациента и обобщенного медицинского знания, на которое ориентируется врач. Врач задействует боль при снятии швов как нечто ненормальное. Она артикулирует снятие швов как нечто, что «вообще не больно». Вероятно, «среднестатистически» это действительно не должно вызывать боль. Однако эта пациентка утверждает, что для нее данная процедура была болезненной. В процессе взаимодействия перед ней стоит задача обосновать этот опыт, доказать, что она действительно испытывала боль. Поэтому возникает противоречие: процедура безболезненная, но этой пациентке было больно. Объяснение пациентки (чувствительность как личная особенность) легитимирует ее опыт. При этом оно сохраняет эту медицинскую «парадигму», делая опыт пациентки исключением из правил. «Личная особенность» как тип аккаунта может использоваться, чтобы нормализовать нечто «ненормальное».

«Забрасывание доказательствами» как способ защиты эпистемической претензии

Следующий фрагмент из консультации с эндокринологом. Ситуация, представленная в транскрипте, произошла во второй половине консультации. Основная проблема пациента была решена, но у него также был дополнительный вопрос — по поводу аллергии на пиво. Хотя эта тема выходит за пределы эндокринологии, они решили обсудить ее.

Фрагмент 2

1 П Это уникальная история (0.3) [а::] это аллергия
 2 В [мгхм]
 3 П на пиво

...прошло около 40 секунд...

4 В А:м (.) а скажите ка мне пожалуйста Иван (.)
 5 а:м (0.7) э:: (.) т- точно ли это история про
 6 пиво? (.) >[По]тому что я так понимаю что< пиво
 7 П [да]
 8 В присутствует всегда но может быть есть еще что-то
 9 что [тоже (бы ст-)]
 10 П [В том то и дело] (.) я думал о том что это
 11 может быть сочетание с едой (0.4) [нет]
 12 В [агха]
 13 П (0.5) только пиво
 14 (1.6)
 15 В [И вы никогда] не можете знать (.) <когда это
 16 П [.hh]
 17 В случи[тся>?]
 18 П [Не могу] знать когда (.) потому что это
 19 не конкретный сорт (0.4) это: это (0.2) происходит
 20 абсолютно спонтанно (0.7) >это происходило например<
 21 (.) ну не знаю (.) шесть раз в жизни один раз это было
 22 (.) не знаю в Париже (.) после ноль тридцать три
 23 какого-то стелла артуа на: (.) на набережной (0.5)
 24 а: это может быть э: (.) что-то (.) ну то есть (.)
 25 э:то абсолютно [не ()]
 26 В [Не ()] (.) то есть это не привязано
 27 ни к сорту ни к [чему]
 28 П [абсолютно]
 29 (1.0)
 30 В (Вау) (0.6) я (.) [не знаю] как это прокомментировать
 31 П [.hh]
 32 В (.) это что-то [правильно уже ()] (.) уникальный
 33 П [это тяжело]
 34 В случай

Перед этим фрагментом пациент категоризирует свою аллергию на пиво как «уникальную историю», потому что она проявляется раз в полтора года (строчки 1–3).

В строчках 4–9 врач спрашивает, действительно ли у пациента аллергия на пиво; она производит это действие специфичным образом. Такой вопрос делает релевантным ответ по типу да/нет, но в определенной степени предполагает ответ «нет». Конструкция «точно ли это X» (строчка 5–6) подразумевает сомнение, «что это действительно X». Итак, этот вопрос — демонстрация сомнения в версии пациента.

Врач дает аккаунт (строчки 6, 8–9), который объясняет и дополняет вопрос. Аккаунт эксплицирует причину сомнения врача: если аллергия проявляется раз в полтора года, а пациент употребляет пиво чаще, то это должна быть реакция на что-то другое. До этого пациент не сообщал, как часто он пьет пиво, поэтому, вероятно, здесь имеет место некоторая пресуппозиция врача о том, что люди употребляют его чаще, чем раз в полтора года. С другой стороны, он квалифицировал свою аллергию как нечто уникальное и странное. Возможно, это дало понять врачу, что пациент пьет пиво регулярно, поскольку нет ничего уникального в том, что человек употребляет пиво раз в полтора года, и раз в полтора года это вызывает аллергическую реакцию. Помимо этого, врач расширяет вопрос: что еще может вызывать аллергию (строчки 8–9).

Пациент дает два ответа в разных местах череда врача, и оба они накладываются на реплики врача. Первый, короткий ответ «да» (строчка 7) пациент дает после микропаузы в череде врача. Второй ответ (строчки 10–11, 13) пациент начинает производить, когда врач еще не закончила вопрос. Судя по второму ответу, он предугадывает вопрос. То есть оба раза пациент ответил очень быстро, таким образом он мог демонстрировать уверенность в том, что это действительно аллергия на пиво.

Первый ответ — это просто «да» (строчка 7), и поэтому это ответ на изначальный вопрос («точно ли это аллергия на пиво?»), поскольку он предполагал именно ответ да/нет. Второй же носит более развернутый характер (10–11, 13), и это ответ на расширенный вопрос о том, что еще может вызвать аллергию, кроме пива. Этот ответ пациент формулирует как предмет рефлексии и анализа — «я думал»: он демонстрирует, что это не то, что пришло ему в голову сиюминутно, но то, за чем он наблюдал и о чем думал. Таким образом, пациент усиливает потенциально слишком простое «нет, только пиво».

Далее врач задает в определенной степени тот же самый вопрос, но в другой форме. В строчках 15 и 17 она спрашивает о возможности предсказания аллергической реакции. Пациент опять отвечает, что это точно аллергия на пиво, которая возникает непредсказуемо, но делает это специфическим образом. Он опять отвечает быстро, до окончания реплики врача (строчка 18), и еще более эксплицитно представляет свой «диагноз» (аллергия на пиво) как результат длительных размышлений и самонаблюдений. Во-первых, пациент сообщает, что подобная реакция не связана с сортом пива (строчка 19). Это демонстрирует, что он уже учитывал и анализировал более тонкие переменные вроде сорта пива. Во-вторых, пациент называет примерное число аллергических реакций, которые у него произошли за всю жизнь (строчка 21). Это подразумевает, что он их считал или по крайней мере обращал внимание на эти случаи. В-третьих, он приводит конкретный пример, когда употреблял только пиво, в результате чего возникла аллергическая реакция (строчки 21–23). Все это производит его вывод не как нечто спонтанное, но как результат длительной рефлексии и анализа, как нечто, в чем трудно усомниться.

Далее врач еще раз спрашивает, не связано ли это с чем-то еще вроде сорта пива (строчки 26–27). Пациент опять отвечает еще до окончания вопроса (строчка 28). Помимо этого, он отвечает не просто «да», но использует более «сильное» слово — «абсолютно». В целом врачу уже ничего не остается, кроме как признать, что это действительно уникальный случай (строчки 30, 32, 34).

Итак, в этом фрагменте врач около трех раз задает один и тот же вопрос в разных формах: «точно ли это аллергия на пиво?» Тем самым она задействует аллергию

на пиво, которая проявляется только раз в полтора года, как нечто ненормальное. Врач аргументирует необходимость поиска других факторов, которые могли бы объяснить возникновение подобных реакций. Обосновывая, что это действительно аллергия на пиво, пациент, во-первых, каждый раз отвечает быстро, сразу после и даже до окончания череда врача. Это может демонстрировать уверенность пациента в его эпистемической претензии. Во-вторых, он приводит множество «доказательств»: наблюдений за аллергическими реакциями. Тем самым пациент также представляет себя как внимательного к своему здоровью человека. Пациент следил за этими аллергическими реакциями на протяжении жизни и анализировал их возможные причины. В этом смысле он защищает и легитимирует определенные претензии на знание о своем теле.

Сравнивая приведенный выше фрагмент с первым случаем, можно выделить некоторые сходства и различия. В обоих случаях проблемы пациентов квалифицируются как нечто нетипичное и уникальное. Однако если в первом случае эту категоризацию осуществляет врач, то во втором сам пациент представляет проблему как «уникальную историю». В обоих фрагментах врачи неоднократно выражают сомнения в эпистемических претензиях пациентов, и в обоих случаях пациенты отвечают на эти сомнения быстро, иногда даже до того, как врачи закончили черед, и на следующих итерациях усиливают свои ответы (например, вместо «да» используется слово «абсолютно», как во втором фрагменте). Во втором фрагменте это выражено более ярко.

В обоих случаях в процессе взаимодействия перед пациентами встает задача легитимации их нетипичных проблем и тем самым поддержания своих эпистемических претензий. Однако они используют разные стратегии: в первом фрагменте пациентка использует объяснение «индивидуальная характеристика», чтобы сделать свой опыт боли исключением из правила и таким образом обосновать его. Во втором случае пациент «забрасывает доказательствами» врача, чтобы ей пришлось признать, что действительно такая уникальная аллергия возможна.

«Подловить врача»

Следующий фрагмент — из медико-генетической консультации. У пациентки ранее был рак груди. Она сдала генетический тест, который выявил мутацию, объясняющую возникновение онкологического заболевания. На данной консультации врач сообщает результаты этого теста, то есть найденную мутацию, и объясняет ее значение для дальнейших действий. Такая мутация может быть унаследована от родителей (вероятность наследования — 50%) или впервые возникнуть у носителя (так называемая мутация *de novo*). Как правило, в случае обнаружения мутации важно установить ее происхождение, чтобы определить, существуют ли риски для других членов семьи. Если мутация была унаследована, близким родственникам также рекомендуется сдать генетический тест. Особенно важно это сделать сестрам и братьям человека, у которого обнаружена мутация. В этом смысле медицинская генетика «консультирует» не одного человека, а всю его/ее семью. Перед следующим фрагментом врач и пациентка обсуждали родственников пациентки, которым важно сдать генетический тест, чтобы выяснить, есть ли у них мутация, и, соответственно, определить, была ли эта мутация унаследована или появилась впервые.

Фрагмент 3

- 1 П Ну, я проста:: (.) почему-то (.) очень
 2 (.) уверена интуиция у меня такая все-таки
 3 (0.2) имеется .hh (0.7) я все-таки очень (.) в папину
 4 <породу> .hh (0.5) вот в эту ротовскую³ (.) паро:ду
 5 И мхгм
 6 П >вот< э: с сестрой мы абсолютно: (.) разные (.) и
 7 по структу:ре, а я вся по структуре .hh (0.4) вся:: (.)
 8 опять же в эту папину (.) породу и я копия папа х
 9 сестра моя (.) даже: (.) я даже уверена (.) что она
 10 вот >в это< (.) мамину (1.4) в мамину (.) породу
 11 (1.5)
 12 П [вот]
 13 В [К сожа]лению (.) <гены> они ни:: (.) бывают сцепленные
 14 [нап]ример с <по::лом или с вне:шнос[тью> да] то есть это
 15 П [да?] [hh]
 16 В совершенно разные [гены]
 17 П [м-] мхгм вот этож как-то и:дет (.) что
 18 я копия папы (.) а:: а она вообще не копия [папы]
 19 В [Ну у п]апы
 20 же нет онкологических заболеваний (1.4) папа (.)
 21 все-таки уже:: не молодой человек прям совсем
 22 [двадцати три-]
 23 П [Я его направлю]
 24 (0.8)
 25 В Вот поэтому вот: (0.9) нам на самом деле (.) очень важно
 26 (.) чтобы:: (.) и: именно почему чтобы папа например сдал
 27 (.) да .hh (0.4) потому что (.) видите по предикторам а: (.)
 28 смотрели что:: (.) вероятно патогенная (.) то есть это
 29 не очень злая мутация (.) как бы пэ писят три (.) да .hh
 30 (0.4) поэтому (.) и важно понимать .hh (0.3) а: может быть
 31 это просто ну: (.) у него не возникло (.) хотя он носит[ель да]
 32 П [Ну вот]
 33 (.) может же быть такое
 34 В Может быть (0.7) паэтому (.) и важно понимать

В строчках 1–10 пациентка неявно делает предположение о том, что она унаследовала мутацию от отца, хотя и не говорит об этом прямо. Она подчеркивает некоторую схожесть именно с отцом, с его «породой» (строчка 3–4). Судя по всему, эта схожесть выражается как во внутренних признаках или характере, так и во внешних (сходство «по структуре», строчки 7–8). Также она отмечает, что ее сестра, наоборот, в мамину «породу» (строчка 9–10). То есть пациентка утверждает, что унаследовала от отца некоторую «породу» и, вероятно, вместе с ней — и обсуждаемую мутацию.

Подобная интерпретация подтверждается ответом врача. Хотя пациентка прямо не говорила, что вместе с породой унаследовала мутацию от отца, врач отвеча-

³ Фамилия изменена.

ет, предполагая именно такое значение реплики пациентки. Если перефразировать, врач утверждает, что гены не передаются вместе или сцепленно с друг другом (строчки 13–14, 16). Если человек унаследовал от родителя гены, связанные с особенностями внешнего вида, это не значит, что он/она получит и какие-либо другие гены, в том числе ген с мутацией. Таким образом, врач ставит под сомнение гипотезу пациентки об источнике ее мутации. Я оставлю за скобками вопрос о том, какие особенности человека определяются генами, так как сами участники этого взаимодействия ориентируются на биологистскую логику.

В ответ на это пациентка отсылает к некоторому факту: она во многом похожа на отца, а ее сестра нет (строчки 17–18). Если рассматривать этот «факт» абстрактно от данной ситуации, то он не противоречит предыдущему тезису врача. Гены не передаются сцепленно, но есть вероятность, что ребенок унаследует сразу несколько генов от одного родителя. Однако в этой ситуации пациентка задействует факт схожести с отцом как нечто противоречащее утверждению врача о том, что гены не передаются сцепленно. Формулировка «вот это ж как-то идет» (строчка 17) может предполагать расхождение с предыдущим высказыванием. Пациентка этой репликой поддерживает свою гипотезу о том, что она многое унаследовала от отца, и в том числе, возможно, мутацию.

Ответ врача свидетельствует в пользу этой интерпретации. Она отвечает так, будто пациентка пыталась поддержать свою гипотезу. Потенциально врач могла бы в ответ указать на то, что схожесть пациентки с отцом не противоречит тому, что гены не передаются сцепленными, так как есть вероятность унаследовать несколько генов от одного родителя. Лехтинен называет такую стратегию соединением (*merge*) знания [Lehtinen, 2007]. Врач объединяет свои эпистемические претензии и эпистемические претензии пациента(-ки), делает их непротиворечивыми. Тем самым врач признала бы, что пациентка действительно могла бы унаследовать мутацию от отца.

Однако в данном случае врач избрала другую стратегию — отклонение эпистемической претензии пациентки. Она отвечает фактом на факт — у отца пациентки нет рака (строчки 19–21). Если бы отец пациентки обладал этой мутацией (и, соответственно, передал бы ее дочери), то к его возрасту мутация, скорее всего, вызвала бы рак. Этого не произошло, а значит, мутации у него, вероятно, нет, и пациентка получила ее другим путем.

Пациентка отвечает, что направит отца на сдачу генетического теста, чтобы уточнить происхождение мутации (строчка 23). В определенном смысле это признание того, что сейчас нет оснований утверждать, что она получила мутацию от отца: нужно больше данных. Если это не отказ, то некоторое ослабление эпистемической претензии пациентки о происхождении мутации.

Далее врач объясняет, почему отцу действительно важно пройти генетический тест (строчки 25–31). Вероятно, таким образом она пытается уйти от некоторой напряженности/конфликтности. Она «ухватывается» за эту тему, чтобы увести разговор в другую сторону. Однако само объяснение несколько противоречит предыдущему аргументу врача, который строился на том, что, если бы у отца была мутация, у него уже был бы рак. Если рака нет, то и мутации, вероятно, нет. Тут же врач утверждает, что отцу важно сдать тест, поскольку он может быть носителем мутации и при этом не иметь рака (строчка 31).

Пациентка прямо не эксплицирует это противоречие, но апеллирует к тезису врача о том, что отец может быть носителем мутации, при этом не имея рака (строч-

ки 32–33). Это значит, что ее гипотеза о наследовании мутации от отца может быть верной. Она делает это определенным образом: во-первых, начинает говорить, когда врач еще не закончила реплику (строчка 32). Во-вторых, она использует конструкцию «может же быть такое» (строчка 33), которая подразумевает, что предыдущий говорящий уже все сказал. То есть пациентка использует высказывание врача, чтобы произвести собственное высказывание. В некотором роде она «подловила» врача, использует ее слова против нее самой. Врачу уже труднее спорить с этим, так как получится, что она будет спорить с собственными словами. Врач прямо признает такую возможность и, соответственно, вероятность того, что гипотеза пациентки о происхождении мутации может быть верной (строчка 34).

Итак, в этом фрагменте можно наблюдать столкновение эпистемических претензий. Пациентка высказывает гипотезу о том, что она унаследовала от отца некую «породу», а вместе с тем, вероятно, и мутацию. Врач утверждает, что гены не передаются вместе, но каждый может быть унаследован отдельно с определенной вероятностью. Важно заметить, что потенциально эти утверждения не противоречат друг другу, но участники задействуют их как нечто противоречащее. В некотором смысле это столкновение различных моделей родства [Курленкова, Широков, 2019]. В повседневной жизни родственные связи предполагают опыт социального взаимодействия, определенные социальные отношения с человеком и т. п. Для медицинской генетики родственные отношения означают определенную вероятность передачи генов. В этом взаимодействии пациентка определенным образом задействует или производит отношения с отцом как некоторую близость, единую породу. Эта связь, вероятно, важна даже, казалось бы, в таком «неприятном» вопросе, как передача мутации. В итоге пациентке удастся обосновать свою гипотезу, «подловив» врача на ее собственных словах.

Заключение

Значительная часть исследований асимметрии во взаимодействии врача и пациента посвящена тому, как врачи контролируют коммуникацию, задают повестку, определяют, что важно, а что нет. В данной статье предпринята попытка проанализировать то, как в этом асимметричном взаимодействии пациенты обосновывают и защищают свои эпистемические претензии в ситуациях, когда они противоречат обобщенному медицинскому знанию. Я описал три способа того, как пациенты могут защитить их и сделать важной частью коммуникации с врачом. Описание подобных методов может быть важно в контексте дискуссии о пациент-ориентированном подходе в медицине. Легитимируя и защищая своя эпистемические претензии, пациенты делают коммуникацию более пациент-ориентированной.

Проведенное исследование может быть также важно в контексте проблематики знания-во-взаимодействии и медицины. Третий случай показывает, что различные типы знаний: повседневное, или житейское, знание и медико-генетическое — могут не противоречить друг другу, если рассматривать их абстрактно. Однако в конкретных ситуациях они могут задействоваться как нечто противоречащее друг другу. Это еще раз подчеркивает необходимость анализа того, как знание практически используется во взаимодействии, а не исследования его абстрактного значения.

Первый и второй случаи демонстрируют, как во взаимодействии врача и пациента нечто производится в качестве типичного или нетипичного с медицинской точки зрения. В проанализированных фрагментах это различие релевантно как для врача, так и для пациента. Например, во втором случае пациент с самого начала категоризировал свою аллергию как нечто уникальное. Подобным способом он демонстрирует, что понимает некоторые различия между типичным и нетипичным. В первом случае пациентка за 30 секунд прошла путь от квалификации своей боли как чего-то обычного к ее обоснованию как индивидуальной характеристики или чего-то необычного. Таким образом, медицина как институт может «маркировать» проблемы и особенности пациентов как что-то типичное или, наоборот, нетипичное. Это различие может быть нерелевантным в «типичных случаях», поскольку они предполагаются типичными. Именно в нетипичных случаях это различие обнажается, а работа по «маркированию» становится более очевидной.

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 слово Интонационное выделение посредством смены высоты и/или диапазона голоса
- ::: «Растягивание» звука (длина ряда двосточий соответствует длительности растягивания)
- ↑↓ Заметное повышение или понижение высоты голоса в последующем фрагменте (количество стрелок обозначает силу повышения или понижения)
- .,? «Обычная» интонация, не грамматика
- СЛОВО Фрагмент, произнесенный громче окружающих его фрагментов
- ^oслово^o 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

Литература

- Корбут А.* Говорите по очереди: нетехническое введение в разговорный анализ // Социологическое обозрение. 2015. Т. 14. № 1. С. 120–141.
- Курленкова А. С., Широков А. А.* «В папину породу...», или «Аутосомно-доминантное наследование»: переосмысляя оппозицию illness/disease // Этнографическое обозрение. 2019. № 6. С. 158–171.
- Лехциер В. Л.* Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literaturos namai, 2018. 312 с.
- Atkinson M., Heritage J.* (eds.). Structures of Social Action. Cambridge: Cambridgeshire; New York; Paris: Cambridge University Press, 1984.
- Barbour A. B.* The Limitations of the Medical Model // Caring for Patients: A Critique of the Medical Model. Stanford University Press, 1995. P. 9–30.
- Bensing J. M., Verhaak P. F., van Dulmen A. M., Visser A. Ph.* Communication: The Royal Pathway to Patient-Centered Medicine // Patient Education and Counseling. 2000. Vol. 39. No. 1. P. 1–3.
- Bolden G. B.* Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters' Involvement in History Taking // Discourse Studies. 2000. Vol. 2. No. 4. P. 387–419.
- Bolden G. B.* Speaking 'out of Turn': Epistemics in Action in Other-Initiated Repair // Discourse Studies. 2018. Vol. 20. No. 1. P. 142–162.
- Bolden G. B.* The Discourse Marker Nu in Russian Conversation // NU and NÅ: A Family of Discourse Markers Across Languages of Europe and Beyond. Berlin: de Gruyter, 2016. P. 48–80.
- Boyd E., Heritage J.* Taking the History: Questioning During Comprehensive History-Taking // Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients. New York: Cambridge University Press, 2006. P. 151–184.
- Branch W. T.* Is the Therapeutic Nature of the Patient-Physician Relationship Being Undermined? A Primary Care Physician's Perspective // Archives of Internal Medicine. 2000. Vol. 160. No. 15. P. 2257–2260.
- Drew P.* The Voice of the Patient: Non-Alignment between Patients and Doctors in the Consultation // Handbook of Patient-Provider Relationships: Raising and Responding to Primary Concerns About Health, Illness, and Disease. New York: Hampton Press, 2013. P. 299–306.
- Engel G. L.* The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // Science (New York, N.Y.). 1977. Vol. 196. No. 4286. P. 129–136.
- Helman C. G.* Culture, Health, and Illness: An Introduction for Health Professionals. 2Rev Ed edition. London; Boston: Butterworth-Heinemann Ltd, 1990. 512 p.
- Hepburn A., Bolden G. B.* Transcribing for Social Research. 1 edition. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd, 2017. 224 p.
- Heritage J., Maynard D. W.* Problems and Prospects in the Study of Physician-Patient Interaction: 30 Years of Research // Annual Review of Sociology. 2006. Vol. 32. No. 1. P. 351–374.
- Heritage J., Robinson J.* Accounting for the Visit: Giving Reasons for Seeking Medical Care // Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge University Press, 2006. P. 49–84.
- Heritage J., Clayman S.* Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions. 1 edition. Chichester Malden: Wiley-Blackwell, 2010. 320 p.
- Heritage J.* Questioning in Medicine // "Why Do You Ask?": The Function of Questions in Institutional Discourse. Oxford University Press, 2010. P. 42–68.
- Heritage J.* Epistemics in Conversation // The Handbook of Conversation Analysis. Blackwell Publishing Ltd, 2012. P. 370–394.
- Heritage J.* Action Formation and Its Epistemic (and Other) Backgrounds // Discourse Studies. 2013. Vol. 15. No. 5. P. 551–578.
- Lehtinen E., Kääriäinen H.* Doctor's Expertise and Managing Discrepant Information from Other Sources in Genetic Counseling: A Conversation Analytic Perspective // Journal of Genetic Counseling. 2005. Vol. 14. No. 6. P. 435–451.

Lehtinen E. Merging Doctor and Client Knowledge: On Doctors' Ways of Dealing with Clients' Potentially Discrepant Information in Genetic Counseling // *Journal of Pragmatics*. 2007. Vol. 39. No. 2. P. 389–427.

Maynard D. W. Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse // *American Journal of Sociology*. 1991. Vol. 97. No. 2. P. 448–495.

Mishler E.G. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Greenwood Publishing Group, 1984. 212 p.

Parsons T. *The Social System*. Routledge & Kegan Paul, 1951. 575 p.

Pilnick A., Dingwall R. On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctor/Patient Interaction: A Critical Review // *Social Science & Medicine*. 2011. Vol. 72. No. 8. P. 1374–1382.

Robinson J. D. Managing Counterinforming: An Interactional Practice for Soliciting Information That Facilitates Reconciliation of Speakers' Incompatible Positions // *Human Communication Research*. 2009. Vol. 35. No. 4. P. 561–587.

Santana M.J., Manalili K., Jolley R. J., Zelinsky S., Quan H., Lu Mingshan. How to Practice Person-Centred Care: A Conceptual Framework // *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*. 2018. Vol. 21. No. 2. P. 429–440.

Schegloff E. A. Discourse as an Interactional Achievement: Some Uses of 'Uh Huh' and Other Things That Come between Sentences // *Analyzing Discourse: Text and Talk: Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics 1981*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, 1982. P. 71–93.

Schegloff E. A. *On Talk and Its Institutional Occasions* // *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1992. P. 101–134.

Street R. L. The Many 'Disguises' of Patient-Centered Communication: Problems of Conceptualization and Measurement // *Patient Education and Counseling*. 2017. Vol. 100. No. 11. P. 2131–2134.

Resisting Asymmetry in Interaction with Doctor: How Patients Legitimize and Defend Their Knowledge Claims

ALEKSANDR SHIROKOV

School of Communication and Information,
Rutgers University,
New Brunswick, New Jersey, USA;
e-mail: aleksandr.shirokov@rutgers.edu

Including social/psychological/cultural factors in the provider's domain is one of the key stakes in the patient-centeredness discussion in social studies of medicine and medical practitioners' community. This is not only a practical but also a research problem — the search for best practices for making the patients' individual expressions and preferences an essential part of communication. Most literature about doctor-patient asymmetry addresses the “doctor's side”: how doctors control communication. Still, according to one version of what patient-centeredness is, it is considered to be a joint achievement of interlocutors. Consequently, patients may also have ways to make their individual expressions or knowledge claims an important part of communication and thereby make communication more patient-oriented. In this paper, relying on conversation analysis, the author shows what methods patients have to legitimize certain knowledge claims in situations when they contradict generalized medical knowledge. The data are video and audio recordings of medical consultations of doctors of various specialties. In particular, the article analyzes fragments of gynecological, endocrinological,

and medical-genetic consultations. The analysis, among other things, highlights this phenomenon of some medical interactions: “marking” or categorization of problems and characteristics of patients as typical or atypical. The author shows how this is carried out in practice not only by the doctors, but also by the patients themselves.

Keywords: conversation analysis, doctor-patient interaction, epistemics, doctor-patient asymmetry, patient-centeredness, gynecology, endocrinology, medical genetics.

Acknowledgments

The research was carried out with support from the Russian Science Foundation (RSF) according to the scientific project no. 18-78-10132 “Communicative Contour of Biomedical Technologies (Using the Example of Genomic Medicine)”.

The author would like to thank Galina Bolden and Lisa Mikesell for comments and criticism of various fragments of this paper. Special thanks to all the doctors and the clinic’s staff who helped me with collecting this data.

References

- Atkinson, M., Heritage, J. (eds.) (1984). *Structures of Social Action*, Cambridge Cambridgeshire; New York: Paris: Cambridge University Press.
- Barbour, A. B. (1995). The Limitations of the Medical Model, in: *Caring for patients: A critique of the medical model*. Stanford University Press, pp. 9–30.
- Bensing, J. M., Verhaak, P. F., van Dulmen, A. M., Ph Visser, A. Ph. (2000). Communication: The Royal Pathway to Patient-Centered Medicine, *Patient Education and Counseling*, vol. 39, no. 1, pp. 1–3.
- Bolden, G. B. (2000). Toward Understanding Practices of Medical Interpreting: Interpreters’ Involvement in History Taking, *Discourse Studies*, vol. 2, no. 4, pp. 387–419.
- Bolden, G. B. (2016). The Discourse Marker Nu in Russian Conversation, in: *NU and NÁ: A Family of Discourse Markers Across Languages of Europe and Beyond*, Berlin: de Gruyter, pp. 48–80.
- Bolden, G. B. (2018). Speaking ‘out of Turn’: Epistemics in Action in Other-Initiated Repair, *Discourse Studies*, vol. 20, no. 1, pp. 142–162.
- Boyd, E., Heritage, J. (2006). Taking the History: Questioning during Comprehensive History-Taking, in: *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, New York: Cambridge University Press, pp. 151–184.
- Branch, W. T. (2000). Is the Therapeutic Nature of the Patient-Physician Relationship Being Undermined? A Primary Care Physician’s Perspective, *Archives of Internal Medicine*, vol. 160, no. 15, pp. 2257–2260.
- Drew, P. (2013). The Voice of the Patient: Non-Alignment between Patients and Doctors in the Consultation, in: *Handbook of Patient-Provider Relationships: Raising and Responding to Primary Concerns About Health, Illness, and Disease*, New York: Hampton Press, pp. 299–306.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science (New York, N.Y.)*, vol. 196, no. 4286, pp. 129–136.
- Helman, C. G. (1990). *Culture, Health, and Illness: An Introduction for Health Professionals*, 2 Rev. edition, London; Boston: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Hepburn, A., Bolden, G. B. (2017). *Transcribing for Social Research*, 1 edition, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd.

Heritage, J., Maynard, D. W. (2006). Problems and Prospects in the Study of Physician–Patient Interaction: 30 Years of Research, *Annual Review of Sociology*, vol. 32, no. 1, pp. 351–374.

Heritage, J., Robinson, J. (2006). Accounting for the Visit: Giving Reasons for Seeking Medical Care, in: *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge University Press, pp. 49–84.

Heritage, J., Clayman, S. (2010). *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions*, 1 edition, Chichester Malden: Wiley-Blackwell.

Heritage, J. (2010). Questioning in Medicine, in: *‘Why do you ask?’: The Function of Questions in Institutional Discourse*, Oxford University Press, pp. 42–68.

Heritage, J. (2012). Epistemics in Conversation, in: *The Handbook of Conversation Analysis*, Blackwell Publishing Ltd, pp. 370–394.

Heritage, J. (2013). Action Formation and Its Epistemic (and Other) Backgrounds, *Discourse Studies*, vol. 15, no. 5, pp. 551–578.

Korbut, A. (2015). Govorite po ocheredi: netekhnicheskoye vvedeniye v konversacionnyy analiz [Speak in turn: non-technical introduction to conversation analysis], *Sociologicheskoye Obozreniye*, vol. 14, no. 1, pp. 120–141 (in Russian).

Kurlenkova, A. S., Shirokov, A. A. (2019). “V papinu porodu...”, ili “Autosomno-dominantnoye nasledovaniye”: pereosmyslyaya oppozitsiyu illness/disease [“To my father’s breed”, or “autosomal dominant inheritance”]: to rethink the opposition: illness/disease], *Etnograficheskoye obozreniye*, no. 6, pp. 158–171 (in Russian). <https://doi.org/10.31857/S086954150007773-0>.

Lehtinen, E., Kääriäinen, E. (2005). Doctor’s Expertise and Managing Discrepant Information from Other Sources in Genetic Counseling: A Conversation Analytic Perspective, *Journal of Genetic Counseling*, vol. 14, no. 6, pp. 435–451.

Lehtinen, E. (2007). “Merging Doctor and Client Knowledge: On Doctors’ Ways of Dealing with Clients’ Potentially Discrepant Information in Genetic Counseling, *Journal of Pragmatics*, vol. 39, no. 2, pp. 389–427.

Lekhtsier, V. (2018). *Bolezn’: opyt, narrativ, nadezhda. Ocherk social’nykh i gumanitarnykh issledovaniy meditsiny* [Illness: Experience, narrative, hope. Essay on social and humanitarian research of medicine], Vil’nus: Logvino literaturos namai (in Russian).

Maynard, D. W. (1991). Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse, *American Journal of Sociology*, vol. 97, no. 2, pp. 448–495.

Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*, Greenwood Publishing Group.

Parsons, T. (1951). *The Social System*, Routledge & Kegan Paul.

Pilnick, A., Dingwall, R. (2011). On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctor/Patient Interaction: A Critical Review, *Social Science & Medicine*, vol. 72, no. 8, pp. 1374–1382.

Robinson, J. D. (2009). Managing Counterinforming: An Interactional Practice for Soliciting Information That Facilitates Reconciliation of Speakers’ Incompatible Positions, *Human Communication Research*, vol. 35, no. 4, pp. 561–587.

Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H., Mingshan, Lu. (2018). How to Practice Person-Centred Care: A Conceptual Framework, *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, vol. 21, no. 2, pp. 429–440.

Schegloff, E. A. (1982). Discourse as an Interactional Achievement: Some Uses of ‘Uh Huh’ and Other Things That Come between Sentences, in: *Analyzing Discourse: Text and Talk: Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics 1981*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, pp. 71–93.

Schegloff, E. A. (1992). On Talk and Its Institutional Occasions, in: *Talk at work: Interaction in institutional settings*, Cambridge, England: Cambridge University Press, pp. 101–134.

Street, R. L. (2017). The Many ‘Disguises’ of Patient-Centered Communication: Problems of Conceptualization and Measurement, *Patient Education and Counseling*, vol. 100, no. 11, pp. 2131–2134.