

**МЕЖДУ ЕМПАТИЯТА И ОТЧУЖДЕНИЕТО В СВЕТИНАТА НА ПРИНЦИПА
ЗА ИСТИННОСТ**

МАРТИН МИРЧЕВ

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

mart_mirchev@abv.bg

**BETWEEN EMPATHY AND ALIENATION IN LIGHT OF THE VERACITY
PRINCIPLE**

MARTIN MIRCHEV

Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” – Varna

Abstract

Patient`s experience and overall outcomes usually improve when they interact with empathetic physicians. However, the overactive articulation of compassion and empathy could be seen as a step too much or even perceived as weakness or risky behavior. Sometimes emotional detachment is needed to ensure medical objectivity in emotionally intense situations. In light of the veracity principle, we observe conflicting moments between empathy, and principles of autonomy, non-maleficence and beneficence. Too „much“ empathy may lead to over-treatment, compromise autonomy and ultimately feel unjust or even humiliating; being too remote and objective may lead to loss of trust and alienation, even indifference.

Keywords: empathy, alienation, veracity

В сферата на медицинската практика, и по-специално във взаимоотношението лекар-пациент, приложение намират различни регулации от етическо и правно естество, което предполага определено категоризиране на препоръки, права и кореспондиращи задължения. От друга страна обаче, стоят професионалните добродетели, които са исторически интегрирани в професионалните задължения и идеали, и респективно в етическите кодекси на здравеопазването. В своята класическа книга „Медицинска етика“ от началото на XIX век, Томас Парсивал прави опит за установяване на правилния набор от добродетели в медицината. Авторът стига до изводи за чертите на характера на добрия лекар, които неизменно са свързани с *отговорността* за медицинското благополучие на пациента (Parcival, 1803).

Моралният опит обаче предполага, че често разчитаме на емоциите си, на способността си за съчувствие и капацитета на чувствителността си, за да определим подходящите морални отговори спрямо конкретни ситуации. Можем да правим груби обобщения за това, как грижовните клиницисти трябва да реагират към пациентите, но тези обобщения не могат да осигурят адекватни насоки за всички взаимодействия с пациенти. Всяка ситуация изисква набор от отговори отвъд обобщенията, а действията, свързани с грижата в даден контекст, могат да бъдат изтълкувани като прекомерни, обидни, или дори вредни в друг. Оказва се, че стремежът към определено канализиране на уменията и компетентностите, изисквани от лекарите, невинаги успява да обхване контекстуалното разнообразие, а това може да деформира крехкия баланс между желания, очаквания и конкретни потребности.

Много от човешките взаимоотношения в здравеопазването включват хора, които са болни, уязвими, зависими и крехки, и затова съчувствието и „потопянето“ в другия човек са жизненоважни аспекти на моралните отношения с него (Nodding, 2003). Изглежда, че пациентът има ако не право, то поне оправдано основание да очаква емпатично внимание, което вменява повече или по-малко задължение за такова отношение от страна на лекаря. Разбираемо е, че в този смисъл емпатията се смята за важен компонент от грижата. Освен това, терапевтичният опит на пациентите, и като цяло резултатите за тях обикновено са по-добри, когато те взаимодействат с проявяващи емпатия лекари. Сухото поставяне на емпатията в зависимост от правата или очакванията и задълженията, обаче, може да доведе до пренебрегване на подходящи форми на емпатична проява, или прекаляването с други.

Да имаш определено емоционално отношение и действително да изразяваш подходящата емоция са морално релевантни фактори, точно както е морално релевантно да имаш подходящи мотиви. От друга страна, човек проявява по-скоро ограничени морални качества, когато действа само според нормите на задължението, без подходящо приведени чувства, като емпатия, загриженост и състрадание, съчувствие към страдащия човек. Добрата грижа често включва разбиране на нуждите на пациентите и внимание към техните преживявания, което може да произтича повече от емоционалната реакция или симпатията, отколкото от разума (Mohrman, 2005). Самата грижа, обаче, има и когнитивно измерение, и изисква редица морални умения, защото предполага вникване

в обстоятелствата, нуждите и чувствата на другия. По този начин едно етическо разбиране, което набляга върху добродетелите на грижата, може да служи добре в здравеопазването, защото е близо до взаимоотношенията и процесите на вземане на решения в клиничен контекст. Освен това, дава представа за основните ангажименти към грижата и освобождава здравните специалисти от тесните концепции за ролевите отговорности, често срещани в професионалните етични кодекси (Beauchamp, Childress, 2012).

От друга страна обаче, в някои случаи чисто практическите умения се считат за най-важни, докато тези отнасящи се до комуникация или емоционално свързване с пациента – ако изобщо се ценят – остават по-скоро периферни. Твърде активната проява на емпатия, състрадание и съчувствие в медицинските грижи може да се разглежда като стъпка в повече, и дори да се възприеме като проява на слабост или рисково поведение. В този смисъл, емоционалното разграничаване е необходимо, за да се подсигури медицинската обективност в емоционално наситени ситуации, и да се гарантира липсата на неблагоприятни последици за пациента. Тук интересен момент представлява рискът от отчуждение, който може да засегне както лекарите, така и пациентите.

Разглеждайки това в светлината на принципа за истинност, ние наблюдаваме противоречиви моменти, свързани с особеното взаимодействие между емпатия, автономия, невредене и благодеяние. Твърде „много“ емпатия може да доведе до прекомерно лекуване, компрометиране на автономията и загуба на доверие, а в последна сметка да се усети като несправедлива, или дори унижителна. Същевременно, прекаленото дистанциране и лишена от емоции обективност могат да доведат до отчуждение и безразличие, до отблъскване. Казването на истината или премълчаването ѝ, докато се стремим към съпричастност или бягаме от нея, изглеждат като естествена последица, но не непременно, особено ако отчетем като външно влияние все по-големите комерсиални тенденции в съвременната медицинска практика. Как да изследваме вътрешните и външни фактори, които определят взаимоотношението „пациент-лекар“ в дадения контекст? Как да балансираме емоционалната реакция срещу потенциалните предизвикателства, които идват както от нашата човешка природа, така и от практическата действителност?

В контекста на добродетелите в медицината, състраданието може да се определи и като "прелюдия към грижата" (Pellegrino, 1995). Добродетелта на състраданието съчетава активно отношение към благополучието на друг човек с имагинативно осъзнаване и емоционален отговор със съчувствие и нежност, но и дискомфорт към нещастieto или страданието му (Blum, 1980). Състраданието предполага симпатия, има сходства с милосърдието и се изразява в благодеяния, които се опитват да облекчат нещастieto или страданието. Лекарите трябва да разбират чувствата и преживяванията на пациентите, за да реагират по подходящ начин – оттук и значението на емпатията, която включва реконструкция на преживяването на друг човек, независимо дали това преживяване е отрицателно или положително (Nussbaum, 2001). Насоките за професионализма в медицината и здравеопазването днес често се фокусират повече върху емпатията, а не върху състраданието (Halpern, 2001).

Така, в светлината на взаимоотношението между лекар и пациент, емпатията може да се разглежда от различни възможни перспективи: било като (абсолютно) необходим реквизит от качествата на лечителя; като научено или развито с опита умение или качество; като присъщ за човека емоционален феномен, или ситуационен отговор при определени проблемни обстоятелства; като споделяне на афект, и разгръщането на това споделяне нататък в грижите. В последна сметка, защо не и като съвкупност от всички посочени? Изглежда, че при един по-общ преглед, емпатията трябва да е по същество свързващата нишка между лекарския образ и авторитет и нуждаещият се от помощ – но и от разбиране – пациент; основа, чрез която се засвидетелства емоционално ангажиране, и своеобразен атестат за морална зрялост, за човечност.

Разбира се, трябва да се отчетат и някои съображения: ако емпатията се свърже със споделянето на конкретен афект, би следвало да приемем, че този който я изпитва, и този, към когото е насочена, трябва да са поставени в твърде подобни условия – да са засегнати по еднакъв начин – тоест да има каузален механизъм за споделяне на определена перспектива (Coplan, Goldie, 2011; de Vignemort, Singer, 2006; Jacob, 2008). От друга страна, това може да е емоционална реакция, изискваща само отключването на психологически процеси, които карат човек да има чувства, които са по-скоро сходни на нечия чужда ситуация, отколкото на неговата собствена (Hoffman, 2000).

При тази интерпретация емпатията не изисква непременно лекар и пациент да изпитват сходни емоции, въпреки че не рядко случаят е именно такъв. За разлика от първосигналното емоционално обвързване, истинската емпатия предполага още и способността да се прави разлика между себе си и другия. Това изисква човек да е поне минимално наясно с факта, че минава през емоционално съпреживяване, поради възприемането на емоцията на другия, или по-общо поради вниманието – „влизането“ в неговата ситуация.

Необходимо е да се отбележи, че някои възприемат истинската емпатия в по-широк смисъл – не просто свързана със споделяне, възпроизвеждане на афективни състояния, но по-обхватно, като включваща неафективни състояния, като определени вярвания и желания – например, – че ситуацията не е тъй безнадеждна, че може да се подобри, че има смисъл (Goldman, 2011; Stueber, 2006). Други пък предполагат, че е най-добре да се прави категорична разлика между емоционално споделяне и възприемането на перспектива (Decety, Cowell, 2015).

Разгледани в контекста на правилото за истинност, очакванията към емпатията трябва някак да се напаснат с професионализма на лечителите, който, обаче, наред с изискванията за обективност и откровеност предполага и адекватен разчет на морално-етичния компас (Scanlon, Glover, 1994). Стига се до деликатен момент: къде точно трябва да се прокара разделителната линия между хладнокръвната медицинска компетентност и обективност, и проявата на емоционална обвързаност и емпатия? А оттук произтичат и някои колебания: проява на слабост ли е емпатията (Wible, 2015; Coulehan, Williams, 2003)? Кое в последна сметка трябва да надделее, за да бъде защитен интересът на пациента, и къде се изгубваме във възможните рискове от емоционално и емпатично „предозиране“, или пък късане на връзката с пациента и отчуждение в резултат на прекомерна обективност?

Интересно, но не твърде изненадващо, класическите кодекси на медицинската етика традиционно пренебрегват задълженията и добродетелите на истинността (Beauchamp, Childress, 2012). Въпреки това пренебрегване, добродетели като честност и откровеност са сред заслужено възхваляваните черти на характера на здравните специалисти. Съществуват дефиниционни спорове, а основанията и тежестта на нормите и добродетелите свързани с истинността също отдавна са обект на спорове. Някои

виждат истинността като абсолютно и независимо задължение или специално приложение на някакъв по-висш принцип. Други твърдят, че истинността е независим принцип и добродетел, и се нарежда по важност редом до благодеянието, ненанасянето на вреда и справедливостта. От друга страна, можем да разглеждаме задълженията за истинност като спецификации на повече от един от тези принципи.

Истинността в здравеопазването се отнася до точно, навременно, обективно и всеобхватно предаване на информация, както и до начина, по който професионалистите насърчават разбирането от страна на пациента. В това отношение истинността е тясно свързана с уважението към автономията (Beauchamp, Childress, 2012). Коментарът на Бейкън, че "знанието е сила", е особено приложим (Drane, 2002). Истинността, обаче, е само на пръв поглед задължителна, но не е абсолютна, и точно оттук произлизат основните проблеми. Правилото за истинност представлява особено спорен момент в медицинската практика, и обикновено дилемата пред лечителите възниква във връзка с лоши диагнози и прогнози, или при работа с твърде лабилни пациенти. Повлияни от емоционалната връзка с пациента и стремежът да го предпазят, лекарите моделират информацията с нагласата, че казването на истината може да доведе до повече вреди, отколкото ползи. В този смисъл, внимателното боравене с медицинската информация понякога включва ограничено разкриване, поэтапно разкриване, неразкриване на информация, измама и дори лъжа – понякога това е оправдано, когато истинността противоречи на други задължения като тези за медицинско благодеяние. Тъй като контекстите се променят, моралната тежест на истинността и благодеянието ще бъде по-голяма или по-лека, и няма конкретно правило, което да може да определи, кога едното надделява над другото. Следователно тежестта на различните задължения за истинност е трудно да се определи извън конкретния контекст. Рисковете варират спрямо ситуацията – прекаленото емпатично вгълбаване в идеята непременно да се предпази пациент, като не му се каже цялата истина за състоянието му, може да срина доверието към лекаря, или да постави пациента в неловка и още по-уязвима ситуация. Още повече, това може да се изтъкува като неуважително, дори унизително. От друга страна, придържането към другата крайност – студената обективност, може да доведе до отблъскване на пациента и в последна сметка до отчуждение. Оказва се, че в зависимост от контекста, прекаляването с емпатията или обективността може да има по същество

еднакво лоши последици за взаимоотношението. Балансирането между двете следва да се разглежда, като златна среда, но за съжаление това не винаги е постижимо.

Въпреки иначе естествено идващото разбиране за важността на контекстуално преценената емпатия, има и някои аргументи в полза на емоционалното разграничение. Подобно на развиването или научаването на емпатично поведение, може да се развива и обратното поведение с цел да се подсигури научната медицинска обективност (Lief, Fox, 1963). Оттук например идва и препоръката, че лекарите не бива да лекуват членове на семейството или други, с които имат близки лични взаимоотношения, тъй като това може да заслепи разума и да попречи на безпристрастния размисъл. Силната емоционална ангажираност и прекалената идентификация с пациентите е свързана с тенденция към прекомерно лечение, без да се вземат предвид възможни странични ефекти (Nightingale, Yarnold, Greenberg, 1991). Лекарите също така трябва да запазят емоционална дистанция, за да предпазят самите себе си от стресовите ситуации, с които се сблъскват в ежедневната си работа (Sanchez-Reilly, Morrison, Carey, Bernacki, O'Neill, Капо, et al., 2013). Все пак, постоянният контакт със страданието, нуждите, уязвимостта, а в крайни случаи – смъртта, може да има смазващ психологически ефект. Безпристрастната преценка може да отстъпи място на пламенни решения, и да доведе до емоционално претоварване и прегаряне. За да се противодейства на този особен проблем, етиката в здравеопазването трябва по подходящ начин – но непременно открито – да признава нуждата от разумно дистанциране, едновременно с концепциите за емпатия и състрадание. В този ред на мисли, неспособността да се управляват емоциите в медицинската практика често се възприема като липса на професионализъм (Stanton, Noble, 2010; Sokol, 2012).

Прекаленото дистанциране има (поне) две очевидни причини: едната е предпазването от стрес, което може да се разглежда като вътрешно провокиран фактор във връзка със самосъхранението, а другата намира основанието си в комерсиализацията на лекарската професия през втората половина на ХХ-век, и претрупването с бюрократична работа, която отнема време и отчуждава лекарите от основната им работа с пациентите. Това би могло да се опише, както като естествена, така и като натрапена, причинена апатия, и може да изложи на риск добрите медицински грижи. Комерсиализацията на здравеопазването допринася за нарастващите разходи и

стагниращата реалност, което радикално трансформира медицинската практика от хуманна професия в бизнес, което води до увеличаване на разходите и съпътстващите проблеми с достъпа и качеството, които характеризират съвременните здравни системи. Тези структурни промени повлияват и опита на отделния лекар, налагайки му определени ограничения или стимули, които решително преобразуват неговата практика.

С нарастващата безпристрастност, независимо от причините, идва отношението на хладно безразличие към нуждите на другите и незачитане на техните чувства, което може да доведе до деперсонализация на пациента и отчуждение (Maslach, 2003). На практика, обаче, е трудно за лекарите да намерят правилния баланс между това да бъдат технически и практически квалифицирани и обективни професионалисти, докато са емоционално ангажирани, но не прекалено идентифициращи се с положението на пациента. Основният въпрос остава: как може един професионалист да поддържа дистанция, докато в същото време се опитва да разбере емоционалния живот на своите пациенти?

Емпатията е важен аспект на клиничната грижа, но емоционалният труд, който тя изисква, а и определени асоцииране с нея рискове, не са за пренебрегване. Способността за присъединяването към чувствата и емоциите на някой друг предполага и високо ниво на самосъзнание за собствените емоции. Лекарите обикновено разбират, че трябва да останат умерено откъснати от собствените си, както и от емоциите на пациентите си, за да следват идеала за добър професионалист – съпричастен и обективен, но това не винаги е лесно постижимо. В този смисъл, една от сякаш подценяваните добродетели в медицината е проникателността. Проникателността предполага способността да се правят подходящи преценки и да се вземат решения, без да бъдат повлияни прекомерно от външни съображения, страхове, лични привързаности и други подобни. Някои хора тясно свързват проникателността с практическата мъдрост или *phronesis*, ако използваме термина на Аристотел (Beauchamp, Childress, 2012). Човек с практическа мъдрост знае кои цели да избере, знае как да ги реализира при определени обстоятелства и внимателно избира измежду възможните действия, като същевременно поддържа емоциите в подходящи граници. В модела на Аристотел практически мъдрият човек разбира как да действа с правилната интензивност на чувствата, по правилния начин, в точното време,

с правилния баланс на разума и желанието. Той е склонен да разбира и възприема това, което обстоятелствата изискват по пътя на човешката отзивчивост. Проницателният лекар ще види кога пациентът се нуждае от успокоение и надежда, а не от уединение; ще прецени какво и в какъв обем да каже, кога да отстъпи.

Добродетелта на проницателността включва разбиране как принципите и правилата се прилагат в различни обстоятелства. Например, актовете на зачитане на автономността и благоденствието ще се различават в контекста на здравеопазването и начините, по които клиницистите прилагат тези принципи в грижата за пациентите, ще бъдат толкова различни, колкото го изисква ситуацията.

ЛИТЕРАТУРА

Beauchamp, T. L., J. F. Childress. (2012). *Principles of Biomedical Ethics*. 7th Edition, USA, Oxford University Press.

Blum, L. (1980). Compassion. – In: *Explaining Emotions*, Amelie Oksenberg Rorty (Ed.). Berkely, CA: University of California Press.
https://www.apcj.net/site_files/4725/upload_files/Compassion-CharlesBlum.pdf?dl=1
 [Accessed 15.10.2023]

Coplan, A. (2011). Understanding Empathy: Its Features and Effects. – In: *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. Coplan, A. and P. Goldie (Eds.), Oxford, Oxford University Press, 3–18.
https://www.academia.edu/31655161/A_Coplan_P_Goldie_Eds_Empathy_Philosophical_and_Psychological_Perspectives [Accessed 13.10.2023]

Coulehan, J., P. C. Williams. (2003). Conflicting professional values in medical education. *Camb Q Healthc Ethics*. 12(01): 7–20.; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12625198/> [Accessed 17.10.2023]

Decety J, J. M. Cowell. (2015). Empathy, justice, and moral behavior. *AJOB Neurosci*. 2015;6(3):3-14. doi: 10.1080/21507740.2015.1047055. Epub 2015 Jul 30. PMID: 26877887; PMCID: PMC4748844. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748844/> [Accessed 25.10.2023]

DeVignemont, F., T. Singer. (2006). The Empathic Brain: How, When, and Why? – In: *Trends in Cognitive Sciences*.
Ethical Studies (ISSN 2534-8434), Vol. 8 (2), 2023

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364661306002154?via%3Dihub>

[Accessed 24.10.2023]

Drane, J. F. (2002). Honesty in Medicine: Should Doctors Tell the Truth?

[https://uchile.cl/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-](https://uchile.cl/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/honesty-in-medicine-should-doctors-tell-the-truth)

[bioetica/publicaciones/honesty-in-medicine-should-doctors-tell-the-truth](https://uchile.cl/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/honesty-in-medicine-should-doctors-tell-the-truth)

[Accessed

15.10.2023]

Goldman, A. (2011). Two Routes to Empathy: Insights from Cognitive Neuroscience. –In: *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*. A. Coplan and P. Goldie (Eds.), Oxford: Oxford University Press, 31–44.

https://www.researchgate.net/publication/279402375_Two_Routes_to_EmpathyInsights_from_Cognitive_Neuroscience [Accessed 27.10.2023]

Halpern, J. (2001). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York: Oxford University Press.

Hoffman, M. (2000). *Empathy and Moral Development*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538478/> [Accessed 26.10.2023]

Jacob, P. (2008). What Do Mirror Neurons Contribute to Human Social Cognition? – In: *Mind and Language*, 23: 190 – 223. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0017.2007.00337.x> [Accessed 27.10.2023]

Lief, H. I., R. C. Fox. (1963). Training for “detached concern” in medical students. The psychological basis of medical practice. 12: 35. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616302556> [Accessed 27.10.2023];

Maslach, C. (2003). *Burnout: the cost of caring*. Cambridge: MA Malor Books. <https://pdfkeys.com/download/2537297-Burnout%20The%20Cost%20Of%20Caring%20English%20Edition.pdf> [Accessed 16.10.2023];

Mohrmann, M. E., (2005). *Attending children: A Doctor`s Education*. Washington, DC: Georgetown University Press. https://www.google.bg/books/edition/Attending_Children/z-hKDAAAQBAJ?hl=bg&gbpv=1&dq=Attending+children:+A+Doctor%60s+Education&printsec=frontcover [Accessed 16.10.2023]

- Nightingale, S. D., P. R. Yarnold, M. S. Greenberg.** (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilization. – In: *J Gen Intern Med.* 6(5): 420–3.; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1744756/> [Accessed 18.10.2023]
- Noddings, N.** (2003). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education.* 2nd ed. Berkely, CA: University of California Press. <https://books.google.bg/books?id=vkMkLi6pnMYC&printsec=frontcover&hl=bg#v=onepage&q&f=false> [Accessed 18.10.2023]
- Nussbaum, M.** (2001). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions.* Cambridge University Press, p. 302 https://www.google.bg/books/edition/Upheavals_of_Thought/Mji-Ah10AesC?hl=bg&gbpv=1&dq=Upheavals+of+Thought:+The+Intelligence+of+Emotions&printsec=frontcover [Accessed 18.10.2023]
- Pellegrino, E.D.** (1995). Towards a Virtue-Based Normative Ethics. – In: *Kennedy Inst Ethics,* p. 269. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10144959/> [Accessed 19.10.2023]
- Percival, T.** (1803). *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons* (Manchester, England: S. Russel, 1803), pp. 165-66; https://www.google.bg/books/edition/Medical_Ethics/tVsUAAAAQAAJ?hl=bg&gbpv=1&dq=Medical+Ethics%3B+or+a+Code+of+Institutes+and+Precepts,+Adapted+to+the+Professional+Conduct+of+Physicians+and+Surgeons&printsec=frontcover [Accessed 19.10.2023]
- Sanchez-Reilly, S., L. J. Morrison, E. Carey, R. Bernacki, L. O’Neill, J. Kapo, et al.** (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. –In: *The journal of supportive oncology.* 11(2):75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23967495/> [Accessed 19.10.2023]
- Scanlon, C., J. Glover,** (1994). A professional code of ethics: providing a moral compass for turbulent times. – In: *Oncology nursing forum* 1994. p. 1515–21; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8577620/> [Accessed 19.10.2023]
- Sokol, D.K.** (2012). *How to be a cool headed clinician.* BMJ. 344:e3980
- Stanton, E., Noble, D.** (2010). Emotional intelligence. *BMJ Careers.* 2010. <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20001646> Accessed date: 27 October 2023.

Stueber, K. (2006). *Rediscovering Empathy: Agency, Folk Psychology, and the Human Sciences*, Cambridge, MA: MIT Press.

https://www.google.bg/books/edition/Rediscovering_Empathy/yrdNEAAAQBAJ?hl=bg&gbpv=1&dq=Rediscovering+Empathy:+Agency,+Folk+Psychology,+and+the+Human+Sciences&printsec=frontcover [Accessed 14.10.2023]

Wible, P. (2015). Heart wrenching photo of doctor crying goes viral. Here's why. – In: *Pamela Wible MD: America's leading voice for ideal medical care.*

<https://www.idealmedicalcare.org/heart-wrenching-photo-of-doctor-crying-goes-viral-heres-why/> [Accessed 28.10.2023]