

СПЕШНОСТИ И НЕДОРАЗУМЕНИЯ

Особености на медицинската комуникация в педиатричната консултация през психоаналитичната обяснителна перспектива¹

Автор: Петя Петрова²

***Резюме:** Множество психологични изследвания се фокусират върху основанията за нагласите и поведенията на пациентите спрямо различни медицински знания и здравни практики. Настоящият доклад го прави през перспективата на психоанализата към психичното функциониране и отношенията. Тази перспектива дава задълбочен и плодотворен поглед върху това как пациентите разбират или не разбират думите на лекарите и как съдействат или не за дадено лечение. Докладът по-специфично разглежда педиатричната консултация през термините на психоанализата ориентирана от учението на Жак Лакан, с допълнително позоваване на данни от изследователи на медицинската комуникация. Проблематизирана е срещата между лекари, пациенти и техните семейства, възелът на която е тялото на детето. Ключова роля за разбирането на сложността играят психоаналитичните понятия за субективна спешност и заявка на пациента и неговото семейство към лекаря. Заявката модулира разбирането на поднесената от лекаря информация и насочва взимането на решения. Специфична трудност при педиатричната консултация възниква от факта, че комуникацията и лечението се опосредстват от семейството на пациента. Несъзнаваните фантазии на родителите за ролята на тяхното дете в живота им съставят тяхната имплицитна заявка. Разбирането за това би помогнало за обяснението на привидно парадоксални искания от страна на семейства, преживяващи страдание свързано с болестта на тяхното дете. Привеждат се няколко клинични примера в*

¹ Настоящият доклад се подготвя за целите на и презентира в рамките на XIII Научно-практическа конференция по спешна педиатрия 2023, гр. Поморие.

² Петя Петрова е специалист по психология на развитието и психотерапия, в продължаваща специализация по психоанализа. Нейният професионален опит свързан с педиатричната грижа се формира в качеството ѝ на психолог-консултант към специализирана педиатрична болница, както и към неонатологично отделение на обща многопрофилна болница.

подкрепа на тезите на изложението. Последната част на доклада дава някои насоки за разбиране и търсене на решение на изложените сложности, като се отчита ключовата важност за запазване на автентичността на позицията на лекар.

Ключови думи: *дете, заявка, Лакан, отношение лекар-пациент, медицинска комуникация, педиатрия, психоанализа, реално, родители, спешност, тяло*

Abstract: *A massive body of psychological research targets the underpinnings of patients' attitudes and behaviors towards medical knowledge and healthcare practices. The current paper does this through the psychoanalytic understanding of mental functioning and relationships. This understanding provides profound and fruitful insight into how patients do or do not understand the words of doctors, as well as how they do or do not cooperate with a given treatment. The paper regards more specifically pediatric consultation in the psychoanalytic terms of Jacques Lacan's teaching with additional reference to data given by researchers of medical communication. The encounter between doctors, patients and their families, the knot of which is the child's body, is being questioned. A key role in understanding its complexity is given to the psychoanalytic concepts of subjective urgency and demand of the patient and his family to the doctor. Demand modulates the understanding of information presented by the doctor and guides decision-making. A specific difficulty in pediatric consultation arises from the fact that communication and treatment are mediated by the patient's family. Parents' unconscious fantasies about the role of the child in their lives constitute their implicit demand. Understanding this would help explain seemingly paradoxical requests from families experiencing distress related to their child's illness. Several clinical examples are given to support the presented theses. The final part of the paper provides some guidance for understanding and seeking a solution to the complexities presented, bearing in mind the key importance of preserving the authenticity of the doctor's position.*

Key words: *child, demand, Lacan, doctor-patient relationship, medical communication, pediatrics, psychoanalysis, real, parents, urgency, body*

При посрещането и лечението на дете в педиатричната консултация присъстват три основни страни – детето, неговите родители³ и лекарят. Възелът на тази тристранна среща е именно тялото на детето. Тялото като организъм, съставен от различни органи и системи, работата на които може да се провали и е нужно да се поправи. Именно тогава се намесва медицината. Освен организъм тялото е още вместилище на всички родителски фантазии и вложения, обгрижвано и докосвано, обговаряно от родителите още преди реалната поява на бебето, тяло с история. Психичното инвестиране в бебето минава непременно през тялото му – усещано в утробата, гледано на ехограф, измивано, подсушавано, хранено, приспивано, поставяно, тялото на бебето е неизбежен посредник за всички отношения и чувства споделени с него. Това инвестиране дава основи на собствено възприемания от детето образ на тялото, неговото усещане за себе си. Двете представи за тялото не могат да се държат разделени една от друга. Тялото машина с неговите функции и отвори напомня за себе си при неразположение на детето и няма дете, което пораста без разболяване и което не се е нуждало никога от лекар (Брьон & Бернар, 2016, с.7-17). В ума на родителите обаче засегната е другата представа за тялото, представата изобщо за тяхното дете, разклатен е целият им свят. Това поражда една присъща проблемност в педиатричната консултация.

Болест и Реално

Болестта е епизод или голям период на прекъсване на обичайния разказ за ежедневието ни, на обичайното ни усещане за смисъл и контрол над живота и обстоятелствата. Изправянето пред нея отваря пропастта на Реалното. С понятието Реално френският психиатър и психоаналитик Жак Лакан обозначава един от трите регистъра на психичното функциониране (Лакан, 2011, с.14). То е онова от психичното, пред което онемяваме, не можем да го символизираме, да проумеем, сковава ни. В този регистър от психичното функциониране няма образи и думи, отсъства всякакво усещане за идентичност (Генчев, 2016, с. 73). Човешкото тяло е представителство на Реалното, тъй като то функционира по непознаваем от нас начин, „на собствен ход“, понякога ни изненадва и събитията в него ни разделят с илюзията за контрол.

³ Когато в този доклад се използва „родители“, „майка“, се има предвид всеки значим обгрижващ детето възрастен, който заема тази роля.

При посрещането на родителите в педиатричната консултация лекарят неминуемо ще се сблъска с тревогата, един афект, отбелязващ сблъсъка с Реалното. Можем да предположим, че в едно спешно отделение тази среща ще е още по-драматична, но не непременно е така, както знаят много общопрактикуващи лекари педиатри. Много често преживяването на тревогата не е правопрпорционално на тежестта на соматичната болест. Тревогата от смъртта, от загубата на детето, може да се появи в един или друг случай (както при откриване на онкологично заболяване, така и при по-висока температура), може да бъде по-дискретна или парализираща.

Понякога в паниката си една майка може да усети смущенията в тялото на детето си така, сякаш става въпрос за нейното тяло. Това е така именно заради присъщия психичен механизъм на ставане родител, феномена на така нареченото „присвояване“ тялото на детето при раждането му, описано по-горе (Брьон & Бернар, с.51). Психичното припознаване на детето се случва чрез инвестиране на части от себе си в неговото тяло.

Лекарите бързо могат да се сетят за множество примери, когато родители, водещи дете в спешното отделение, сами са пред колабиране при гледката на безпомощното му тяло, или при опит за взимане на проба кръв, така сякаш иглата пробива самите тях. Това преживяване е свързано именно с онзи регистър на психично функциониране, наречен от Лакан Реално. Докосването до Реалното може да предизвика взрив от тревога, загуба на всяко усещане за контрол, преживяване за разпад. Ефектите са многобройни – от шок и ступор, агресивност, през невъзможност за възприемане, нито за обмисляне и реагиране на думите и насоките на лекаря, отцепване от емоциите и привидна дезангажираност, до кратки психотични епизоди (Potier & Putois, 2018, с.3). Лекарите знаят, че тревогата няма как да бъде заобиколена. Тя се придружава от едно изискване за говорене, тъй като родителите в този момент преживяват своята субективна спешност. Преживяването на спешност или криза е онова, което води хората също в психотерапевтичните кабинети. Спешността на субекта е коренно различна от медицинската спешност. В детското спешно отделение те може да съвпаднат, а за лекарят ще е важно да ги държи отделни една от друга, за да свърши добре своята работа.

Един добър пример за разминаване между афекта на тревогата и обективния статус дава Джеръм Групман⁴ в своята книга „Как мислят лекарите“. Майка, която съобщава на педиатъра, че детето е апатично и не яде, но с един поглед педиатърът вижда, че детето си играе доволно върху кушетката за преглед и се смее, узнава, че детето не е сериозно болно. Друга майка идва при педиатъра с оплакване, че детето ѝ е нещо малко топло, но иначе нищо му няма. Педиатърът е смяян да види, че детето диша учестено и лежи отпуснато в ръцете на майка си. То има пневмония. (Групман, с.84)

За медицинската спешност лекуващите екипи имат ясен протокол за действие, бързи, премерени следващи една друга стъпки за откриване и минимизиране на заплахата за живота и здравето. Не така е със субективната спешност обаче, защото тя предизвиква различен отклик у всяко човешко същество. Затова тя може да избликне както в спешното отделение, така и в телефонен разговор с общопрактикуващия педиатър.

Спешност и заявка към лекаря

Този доклад разглежда понятието за спешност в психоаналитичен смисъл. Субективното преживяване на спешност е момент, в който човек търси облекчение като насочва *заявка* към един Друг, за когото предполага, че знае.⁵

В своето произведение „Проект за една психология“ Зигмунд Фройд (Freud, 1895) обосновава зараждането на представните и мисловни процеси у човека в ранните отношения, като търси биологична основа на психичното. Съществува при всички хора едно ендогенно напрежение (на живота, на нагона), което търси да бъде разтоварено до постигане на временно задоволяване (Befriedigung). За разлика от външните дразнения, на които човекът може да реагира чрез различни видове двигателно разтоварване, тези, идващи от соматичния елемент (глад, жажда, нужда от сън), могат да бъдат премахнати само чрез извършване на специфично действие (spezifische Aktion). Малкото на човека, поради своята незрялост и пълна безпомощност

⁴ Хематолог, онколог, научен принос в областта на онкологичните заболявания и СПИН. Джеръм Групман е изследовател на медицинската комуникация. В книгата си той представя сериозен масив от изследвания върху капаните на лекарското мислене, интервюира водещи специалисти, дава клинични примери от практиката им, собствената си практика и личен опит.

⁵ В психоаналитичната литература се говори за ‚заявка‘, ‚преносна заявка‘ или ‚искане‘. Българските преводи на оригинално френското понятие „demande“ отчитат непълно лексикално съответствие. На български ‚заявка‘ има конотация на изискване, волево настояване. Френски термин „demande“ (особено при употреба в психоаналитичната литература) включва израз на безпомощност, до степен, че може да се преведе дори като умолявам, моля, изпросвам. Отчитайки разминаването, в настоящия текст се избира превода „заявка“.

(Hilflosigkeit) не е в състояние да удовлетвори самó тази наречена от Фройд неотложност или спешност на живота (Not des Lebens), необходим е някой друг, който да направи това вместо него. Чувайки плача на малкото дете, майката ще разпознае в него един *призив*, зов за помощ, на който ще се *отзове*. Ето как спешността на живота/нагонният тласък се превръща в корен на това, което ще се нарече заявка. Майката ще придаде на плача стойност на език, защото ще го интерпретира и ще му отговори. В този смисъл Фройд казва, че „изворът на всички морални мотиви“ се корени в безпомощността (Hilflosigkeit) на човека (пак там, с.379-380). Само един (в последствие символен) Друг може да *отговори* на спешността на живота при човешкото същество. След установяването на първото такова ранно отношение на призоваване и откликване, белязано от специфичния начин на грижа на майката, човекът ще продължи това разиграване във всички свои по-нататъшни отношения до края на своя живот. Ще продължи отправянето на своята несъзнавана заявка към един Друг, от когото очаква да знае, независимо в лицето на кого го открива.

В свой доклад от 1966 г. наречен „Мястото на психоанализата в медицината“ Жак Лакан разработва темата за отношението лекар-пациент, по-точно начинът на откликване на това, което пациентът несъзнавано очаква от лекаря чрез своята заявка. Привидните обекти на заявяване към един лекар са знанието за човешкия организъм и лечението, което ще се приложи. Пациентът обаче заявява/търси едно различно знание от лекаря относно тялото си *като възел на наслаждение* (Lacan, 1966). С други думи за начина, по който страда субективно. Това визира психоаналитичното понятие за заявка. Стъпвайки върху това, Жинет Рембо⁶ говори за „имплицитна заявка“ в педиатричната консултация. Понятието касае молбата на родителите за помощ по отношение на предполагаема *вина*, която макар да излиза наяве *по повод* болестта, я *предхожда*. Възприемането на болестта минава през филтъра на родителския фантазъм относно статута на детето като обект за родителите, статут, предхождащ всякакво медицинско състояние (Potier & Putois, 2018, p.7).

Следният пример от опита на автора в неонатологично отделение касае разпознаването на имплицитната заявка на една майка. Майка на бебе с

⁶ Жинет Рембо е психиатър и психоаналитик, ученичка на Лакан и първата, въвела метода на Балинтовите групи в болници във Франция. Като директор на Френския Национален Институт за Психично Здраве (INSERM) Рембо работи в болница Некер върху наследствени метаболитни болести при деца. Тя основава една сериозна традиция на взаимодействие между психоанализата и клиничната генетика в Некер, продължаваща и до днес.

инфекция е насочена за консултация с психолога, тъй като въпреки относително стабилното състояние на бебето ѝ, тя не спира да звъни на лекуващия лекар и да пита за хода на лечението стъпка по стъпка, той не разбира защо. В консултацията майката е безутешна и търси потвърждение на въображаема своя вина. След тежко раждане на жената е споделено от медицинския екип, че бебето трябва спешно да бъде преведено в друга болница, тъй като плодът е страдал от „майчино-фатална инфекция“ по думите ѝ. Недоразумението при разбирането на термините се е скачило с преживявания на майката за несъстоятелност и вреда. Тя не може да се отърси от усещането, че е фатална за детето си. В опит да компенсира това тя следи стриктно всяка крачка в лечението на бебето.

Лекарят е усетил, че има нещо в противовес на благоприятното протичане на лечението, проявил е чувствителност, за да насочи майката към психологична консултация. Ако той би имал времето да чуе малко повече от разказа ѝ, би могъл да позволи така нареченото *субективизиране на семейния фантазъм* (Potier & Putois, 2018, с.) и да настрои отговора си към нея, така че общуването да се успокои и тя да съдейства по-добре. Това не означава лекарят да провежда психологична консултация с майката. Той би могъл да обясни, че фетус означава плод, че никой не е виновен за такава инфекция и нищо фатално не се случва.

Динамика на отношението лекар-пациент

Уместно е да се зададе въпросът как лекарят да откликва на заявката без да си позволи да бъде въввлечен в нея, за да е способен да извърши своята работа? Каква именно е позицията на лекаря?

В исторически план лекарите са имали знания за човешкото тяло и за болестта на пациента, до каквито пациентите не са имали достъп. В днешния свят ясното комуникиране на диагнозата и лечението на пациента е не само етичен императив, но епистемичната разлика се свива допълнително от достъпа до информация в интернет. В клиничния сценарий лекарят държи властта, както чрез своя достъп до лечението и предоставянето му, но и символно чрез позицията, която заема в рамките на консултацията и в по-широк социален контекст. Тази символна позиция не е само резултат от неговите знания и умения, но изисква един имплицитен социален договор конструиран от институциите и медиран от дискурса (Doyle, Kearney, Dornan, & Reid, 2021, с.38).

Ако погледнем етимологията на думата пациент, ще открием следното. Според Етимологичния Онлайн Речник (Online Etymology Dictionary) „пациент“ произтича от латинското деятелно причастие “patiens” (понасящ, търпящ, страдащ) към глагола „patior”.

Лекарят съответно е някой, който може да поеме и облекчи това страдание. Съществува убеждението особено сред младите или обучаващите се лекари, че колкото повече компетенции имаш, толкова по-добър лекар си. Въпреки безспорната и необходима важност на компетенциите, придобиването на званието лекар идва от едно взаимно признаване, символно упълномощаване от страдащия лекарят да застане на мястото на предполагаемо знаещ субект, който да посрещне непоносимото (Doyle et al., 2021).

Не бива да забравяме, че динамиката лекар-пациент винаги остава тази на лекуващ-страдащ, не на властимащ-власт нямащ, нито на знаещ-незнаещ. Поверявайки тялото на детето си, родителите (дори и да не желаят това) косвено поверяват себе си, упълномощават лекаря да има достъп до най-интимната сърцевина на тяхната същност. Колкото и да са подготвени лекуващите за даден медицински случай, то ситуацията на (както медицинска, така и субективна) спешност е безразборна, сложна и непредсказуема. В нея има много повече Реално, пред което се изправят не само детето и родителите му, но и самите лекуващи екипи.

От страната на лекарите

За да посрещне спешността (Not des Lebens), лекарят ще се нуждае от нещо освен медицинската наука. Той ще си служи със словото и със самия себе си като човешко същество.

I Гостоприемство на присъствието

Отново се обръщаме към ранните отношения между майката и бебето, за да им позволим да ни научат нещо важно. Важен аспект от ранното психомоторно развитие на човешкото същество е релационният, в смисъл на контакта между две тела, още под прага на зараждащата се заявка на бебето. Майката влиза в контакт с малкото си

посредством така наречения в теорията на психомоториката⁷ тонико-афективен диалог.

„Тоничната функция е превозното средство на експресията на емоциите, както и съществена опора на инфра-вербалното общуване, наречено език на тялото.“ От там бебето получава важни съобщения – например майката е топла, мускулно релаксирана, диша бавно, гласът ѝ е мек или обратно „...(т)ревожността на майката може да се прояви у бебето чрез възбудата. Страхът може да доведе до увеличаване на сърдечния ритъм, това ще рече промяна в тонуса на този мускул и на този на кръвоносните съдове. Той може да бъде придружен от обездвижване на лицето, до втвърдяване на цялото тяло.“ (Банова, 2001)

Тъй като на бебето е чуждо усещането за аз, за собствено тяло, то преживява съвсем буквално случващото се в майчиното тяло като случващо се с него⁸.

„Един адаптиран отговор на страданието на детето, води до отпускане на напрежението, което се нарича *хипотония на удовлетворяването или задоволството* (под формата на мимика на благополучие, усмивки, отпускане на цялото тяло).“ (Банова, 2001)

Да опитаме да направим паралел със ситуацията на пациент в криза и лекар с незастрашителна стойка, спокоен и ясен глас, стоящ на едно място и с лице към пациента, докато разговарят, срещащ погледа му и изслушващ го. Можем да кажем, че този лекар оказва гостоприемство на субекта. Още по-важно става това в ситуация на спешен прием, когато за да се овладее ефективно медицинската спешност, лекарите имат нужда от съдействието и доверието на родителите. Това съвсем не означава, че лекарят е родител, който се грижи за бебе, нито че ако ситуацията изисква бързина, то той трябва да стои необезпокояван и бавен. Но ако се върнем към описаното преживяване на родителите при сблъсъка им с Реалното на болестта на тяхното дете, много вероятно е те да се усещат разпадащи се и безпомощни, и да имат нужда от

⁷ Психомоториката включва широк спектър от практики, техники и стимулиране, които се фокусират върху развитието на двигателната активност, пресичано от психичното развитие. Един от първите и главните теоретични приноси на психомоториката е психоаналитичен.

⁸ Авторът прави изричното уточнение, че всяко вменяване на вина към отглеждащия възрастен относно неговото емоционално състояние е неуместно, тъй като изпитването на пълния спектър от афекти и емоции, без възможност да се избегнат неприятните, е напълно естествено при полагане на грижи за дете.

опората на един Друг. Доброто посрещане можем да мислим като едно специфично действие (Фройдовото *spezifische Aktion*), което лекарят извършва за пациента, за да отговори на неговата спешност.

Доктор Джеръм Групман, в своята монография върху лекарското мислене, подкрепя тази теза с данни от изследвания в областите на социалната и когнитивна психология, както и на медицинската комуникацията: прегледът, казва той, започва още с визуалния контакт в чакалнята и тактилната обратна връзка при ръкостискане. Компетентността е неделима от комуникативните умения на лекаря (Групман, 2018, с.18).

Относно емоционалното измерение на диалога между лекаря и пациента Групман се опира на изследователите на медицинската комуникация Дебра Ротър и Джудит Хол. Дали лекарят харесва пациента и дали пациентът харесва лекаря не остава тайна за двете страни. Изследвания, включващи хирурзи от първичната помощ, показват, че пациентите знаят забележително точно какво в действителност лекарят чувства към тях (Roter & Hall, 2006, p.16). Това е така, защото повечето хора се справят с разчитането на езика на тялото.

Тази находка е важна, тъй като, както показват изследванията, най-болните, както и най-маргиналните пациенти са най-малко харесвани от лекарите и те усещат ясно тази неприязън. Изглежда, че подобни пациенти поражда у лекаря преживяването на провал, нежелание за среща с невъзможността и задънената улица (Roter & Hall, 2006, p.71-72). Това ще възпрепятства оформянето заявка у подобни пациенти и ще намали шансовете за успешно диагностициране и лечение.

II Гостоприемство на езика

Освен чрез езика на тялото лекарят може да окаже символно гостоприемство чрез думите. Начинът, по който той задава въпроси, и по който реагира на емоциите на пациента, са ключът към така нареченото от изследователите „активиране и ангажираност на пациента“, „структурират отговорите на пациента“. Свободната реч на пациента е ключова за достигане до правилната диагноза и лечение. Установено е, че лекарите прекъсват пациентите си средно 18 секунди след като са започнали да

разказват историята си (Групман, 2008, с. 23). Тук се поставя акцент върху времето, необходимо за разгръщане на речта, както и върху поканата и готовността за слушане.

Нека обърнем внимание още на самите думи на лекаря. Опираме се на примера „майчино-фатална инфекция“ даден по-горе, за да припомним, че в момент на субективна спешност възможността за чуване от страна на родителите е силно стеснена и модулирана от техните собствени преживявания и несъзнавано. Това би трябвало да ни насочи към необходимостта от просто, съобразено със състоянието им говорене, което да избягва термини.

III (Не)интерпретиране през Въображаемото

Също както родителите на едно дете, така и лекарите влизат в консултацията с особеностите на своето психично функциониране и личностова организация. Имат своите представи за себе си като професионалисти и как е редно да упражняват професията си, имат своето Въображаемо. Въображаемото е друг от трите регистъра на психичното функциониране според Лакан. В категорията на Въображаемото се позиционира функцията на Аз-а (Лакан, 2011, с. 19). Всяка представа, която субектът има за себе си, останалите и начинът, по който взаимодейства, са плод на неговото Въображаемо. През своето Въображаемо лекарите чуват заявката на родителите. Не бива да се пренебрегва, че заявката има имплицитна стойност, както я определя Жинет Рембо.

Имплицитната заявка може да се отрази в парадоксално искане, което показва следният пример от професионалния опит на автора. Близки на бебе в неонатологично отделение, чийто живот се поддържа само с апаратно дишане, казват: „Направете нещо, искаме да умре по-бързо.“ Лекуващият лекар разчита това като подбуждане за извършване на престъпление и е скандализиран от неприемливото поведение на семейството. Оказва се, че вероятния прочит на това искане е невъзможност за понасяне на страданието от страна на самите родители, както и на представата, че тяхното бебе също е в непоносимо страдание, което те са причинили.

В светлината на имплицитната заявка най-важното от страна на медицинските специалисти е да превенират стереотипни нагласи и отговори, базирани на непотърсени лични презумпции за това как е уместно пациентът да се държи в дадена медицинска ситуация. Тези презумпции са натоварени със субективната личностова

организация и Въображаемото на клинициста и ще му попречат да улови имплицитната заявка на семейството (Raimbault in Potier & Putois, 2018, с.8). Друг начин да се формулира това е да се каже – лекарите трябва да се пазят от следване на инстинкта си, когато в него има включена силна емоция, независимо приятна или неприятна (Групман, 2008, с.50).

IV Подкрепа за лекуващите

Според някои автори, принадлежащи към Американската Лекарска Асоциация (American Medical Association), медиците не са склонни към търсене на външна емоционална или психично-здравна помощ. Някои от причините за това изглежда са в самата същина на професията, или обобщени в презумпцията, че онзи, който лекува, няма право сам да бъде слаб и нуждаещ се (Berg, 2018). От друга страна съществува неизследваната тенденция и хипотеза професията на болничния психолог да се разглежда в аспекта ѝ на специализирана консултация и подкрепа само за пациентите.

Лекарите на свой ред, подложени на твърде емоционалната динамика на своята работа, биха могли да обсъждат с добре обучен болничен психолог или със свои колеги в подходящ формат трудности от практиката, както и от комуникацията с родителите на пациенти. Съществува например форматът на така наречените Балинтови групи (Balint, 1957) за рефлексия върху професионалния опит, но и различни други форми на индивидуална или групова психологична подкрепа в болнична среда. Подобна рефлексия би подпомагала и осмисляла допълнително работата на клиницистите, но би имала и функцията на превенция на професионалното прегаряне, към което лекарите са особено уязвими (Van Mol, Kompanje, Benoit & Nijkamp, 2015; Rotenstein et al., 2018).

Макар да са налични знания, които помагат за разбирането на динамиката на взаимодействие между лекари и пациенти, както и дават насоки за посрещане на трудностите, добре е да помним, че лекарят лекува не болестта по принцип, а винаги един конкретен болен. Това означава, че всеки ден той заедно със своите колеги, посрещайки всяка различна майка и дете, ще трябва да изобретява наново своето знание и позиция в отношенията на лечение.

Литературна справка:

Банова, В. (2003) *Психомоторно развитие и психомоторни практики*. София: Словото.

Брьон, Д., Бернар, Ф. (2016) *Тялото*. София: Център за психосоциална подкрепа.

Генчев, Е. (2016). *Въображаемата същност на идентичността и реалното на различието*. В: Идентичност и различия. София: Българска асоциация по психотерапия. 70 – 78.

Групман, Дж. (2008) *Как мислят лекарите*. София: Изток-Запад.

Лакан, Ж. (2011) *За имената на бащата*. София: Сиела. 7 – 49.

Balint, M. (1957) *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Churchill Livingstone.

Berg, S. (2018, July 30) *Five reasons physicians are less likely to seek support*. Retrieved 20.10.2023 from American Medical Association: <https://www.ama-assn.org/practice-management/physician-health/5-reasons-physicians-are-less-likely-seek-support>

Doyle, S., Kearney, G., Dornan, T., & Reid, H. (2021) *The Case for Lacan in Medical Education*. Lacunae: APPI International Journal for Lacanian Psychoanalysis, (23), 36-51. <https://appi.ie/journal-issue/lacunae-issue-23/>

Freud, Sigmund (1895) *Project for a scientific psychology*. Standard Edition, Vol. 1. London: Hogarth. 283-397.

Lacan, J. (1966) *La place de la psychanalyse dans la médecine*. In *Psychanalyse des enfants séparés* (2010), ed. J. Aubry. Paris: Flammarion.

Online Etymology Dictionary. Accessed October 20, 2023.

<https://www.etymonline.com/search?q=patientem&type=0>

Potier, R., Putois, O. (2018) *A Lacanian Approach to Medical Demand, With a Focus on Pediatric Genetics: A Plea for Subjectivization*. *Frontiers in Psychology*, 9:2021. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02021

Rotenstein, L.S.; Torre, M.; Ramos, M.A.; Rosales, R.C.; Guille, C.; Sen, S.; Mata, D.A. (2018) *Prevalence of Burnout Among Physicians A Systematic Review*. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 320 (11). 1131-1150. DOI 10.1001/jama.2018.12777

Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006) *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits (2nd Edition)*. Auburn House: Greenwood Publishing Group.

Van Mol, M., Kompanje, E., Benoit, D., Bakker, J., Nijkamp, M. (2015) *The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review*. *PLoS ONE* 10(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>