

Alina Orzoł¹, Julita Orzoł²

¹Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku

²Absolwentka Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

CIAŁO A CHOROBA NOWOTWOROWA

Body and cancer

Streszczenie

Wstęp

Poniższy artykuł traktuje o ciele w sytuacji choroby nowotworowej.

Cel

Celem artykułu jest wykazanie wielowymiarowości problematyki oraz potrzeby interdyscyplinarnego podejścia do kwestii cielesności w chorobie nowotworowej.

Przegląd

Autorka podkreśla jego „nieobecność” w doświadczaniu chorych, co w konsekwencji przysparza wielu problemów badawczych. Wyróżnione zostały główne determinanty owego zjawiska, zarówno w wymiarze społecznym, jak i indywidualnym.

Wnioski

Wykazanie potrzeby interdyscyplinarnego podejścia do kwestii cielesności w chorobie nowotworowej pozwoli na tworzenie silniejszych, trafnych oraz efektywnych sieci wsparcia, umożliwiających chorym i ich najbliższym zrozumienie oraz adaptację do nowej sytuacji.

Słowa kluczowe: ciało, choroba nowotworowa, medykalizacja

Abstract

Objective

The present article discusses the human body as affected by cancer.

Purpose

The purpose of this study is to demonstrate the numerous dimensions of the issue in question and to show the need for an interdisciplinary approach to the problem.

Review

The author stresses its ‘absence’ in afflicting the patients, which in consequence causes a lot of research problems. The main determinants of this phenomenon were distinguished, in both social and individual dimensions.

Conclusions

Showing the need for an interdisciplinary approach to the issue of corporality as affected by cancer will allow us to form stronger and more effective support networks, enabling the patients, and their closest family members, to adapt to the new situation.

Key words: Body, cancer, medicalization

Wstęp

Ciało niewątpliwie stanowi wytwór biologiczny, materię, poprzez którą człowiek urealnia się w świecie. Organizm to również narzędzie poznawania, odbierania bodźców i ich klasyfikowania. Sygnały płynące z zewnątrz, bez względu na to, czy skutkują działaniem czy biernością, zawsze wiążą się z reakcją. Co istotne, nie chodzi tutaj wyłącznie o czysto fizyczne i biochemiczne czynniki. Każda istota ludzka funkcjonuje w określonej zbiorowości, która ją stymuluje poprzez społeczne, interaktywne bodźce, jednocześnie kształtując oraz wpajając pożądane wzorce zachowań. Można nawet zaryzykować hipotezę, iż społeczne oddziaływanie to znacznie bardziej skomplikowana kwestia niż oddziaływanie w wymiarze biologiczno-fizyczno-chemicznym. Te ostatnie, dzięki niezwyklej postępowi nauki, jednoznacznie jednostkom itp. dają się „uchwycić”, a w konsekwencji zdiagnozować. Z kolei organizm społeczny uwikłany jest w sieć wielowymiarowych zjawisk i procesów zależnych, m.in. od położenia geograficznego, kultury, uwarunkowań politycznych, czy czynników w skali mikro (rodzina, grupa koleżeńska). Niejednokrotnie o naturze owych determinant społecznych decydują nieobserwowalne bezpośrednio niuanse, a – co za tym idzie – są one trudno mierzalne i sama statystyka nie wystarcza. Tak właśnie jest w przypadku ciała, a dokładnie cielesności w sytuacji choroby nowotworowej, co zostanie przedstawione w dalszej części artykułu.

Cel

Celem artykułu jest wykazanie wielowymiarowości problematyki oraz potrzeby interdyscyplinarnego podejścia do kwestii cielesności w chorobie nowotworowej.

Przegląd

Ciało powszechnie kojarzy się z organizmem, tym, co prezentuje nas jako ludzi na zewnątrz. Właśnie to słowo „zewnątrz/zwętnętrny” jest kluczowe. Nikt z nas na co dzień nie „uświadamia” sobie własnego ciała. Pozostaje ono niejako poza naszym doświadczeniem. Co prawda, w obliczu wszechobecnego kultu ciała i młodości, zapelnionych sal ćwiczeniowych, diet „pudełkowych” oraz rozrastającej się sieci salonów estetyki kosmetycznej, stwierdzenie to może wywołać sprzeciw, to jednak obserwacje na gruncie socjologii ciała dowodzą, że jest inaczej. Przykładem tego rodzaju stanowiska jest pogląd Pierre Bourdieu, który podkreślał, iż ciało pozostaje na zewnątrz ludzkiego doświadczenia, a dopiero skrajne sytuacje – choroba, niepełnosprawność – przypominają o jego istnieniu [Bourdieu, 2005, s. 450]. Szczególnie wyraźnie widać to w przypadku choroby nowotworowej, kiedy to ciało „przemawia” do chorego poprzez symptomy rozwijającego się nowotworu oraz skutki uboczne leczenia. Człowiek zaczyna odczuwać, że organizm, do tej pory sprawny i zdrowy, nagle się przeciwstawia – staje się źródłem bólu, cierpienia oraz bodźcem zmuszającym do przewartościowania dotychczasowego pojmowania siebie i rzeczywistości. Choroby, *de facto*, „stają się w zracjonalizowanym świecie <<wywrotowymi>> wydarzeniami, z którymi trzeba koniecznie <<coś>> zrobić: hospitalizować, usuwać i korygować” [Jacyno, 2007].

Opisana powyżej sytuacja stawia chorego w niezwykle trudnym położeniu. Z jednej strony czuje się wyczerpany chorobą, jego organizm słabnie, w związku z czym minimalizuje podejmowane aktywności i wyłącza się z pewnych obszarów życia. Z drugiej strony, jako *homo socialis*, potrzebuje poczucia zakotwiczenia w społeczności. Drugi człowiek jest mu potrzebny jako wsparcie, opiekun, towarzysz, ktoś, kto da nadzieję na powrót do „normalności”. Rodzi się zatem swoisty dysonans, którego źródłem jest *notabene* ciało. Dodatkowo, poczucie owej dysharmonii wzmacnia zjawisko stygmatyzacji cielesności „zainfekowanej” nowotworem¹. Wskazuje na to chociażby Katarzyna „Kapsyda” Kobro-Okołowicz (była Prezes Fundacji *Rak&Roll*), zdaniem której „mimo różnych kampanii, itd., nadal kierujemy się totalnymi stereotypami i nadal sobie osobę taką, jak ja chorującą na [nowotwór], wyobrażamy pewnie jako osobę, która należałoby, żeby była z tysią głową, blada jak trup i właśnie tak się pokazała” [www1].

Indywidualne doświadczenie, a raczej „nie-doświadczenie” ciała rzutuje na ogólnospołecznie zakorzeniony obraz chorujących na nowotwór. Choryma świadomość, iż jego organizm nie funkcjonuje tak, jak powinien, ale nie zawsze potrafi nazwać swoje odczucia w związku z tym, co dzieje się z nim „od środka”. W przekonaniu o niedopasowaniu do grupy pięknych i zdrowych, wycofuje swoją fizyczność z narracji codzienności. Z kolei środowisko zewnętrzne, nie chcąc urazić, bądź z czysto egoistycznych pobudek odwracając się od tego, co „szpetne”, zazwyczaj odczuwa dyskomfort, dostrzegając w swoim otoczeniu jednostkę dotkniętą skutkami nowotworu.

Społeczne tabu, nałożone na cielesność osób chorych, to wielowymiarowe zjawisko, którego źródła są niejednoznaczne. Zarówno osoby chore, poprzez wycofanie i ukrywanie skutków choroby (chusty, peruki), jak też otoczenie, spychając trudne i boleśnie przypominające o ulotności życia kwestie, wzajemnie kreują aurę niepewności i wykluczenia. W przestrzeni społecznej wciąż borykamy się z niedostatecznym dialogiem między zdrowymi a chorymi. Sieci wzajemnego wsparcia są bardzo kruche lub nie ma ich wcale. Nie chodzi tutaj wyłącznie o pacjentów oddziałów onkologicznych, ale także ich rodziny. Często tworzą one, wraz z chorymi, zamknięty, pozostawiony samemu sobie krąg.

Zatem chorobę nowotworową powinno się oswajać, wręcz traktować jako naturalny element życia, ponieważ rzutuje to również na postrzeganie siebie przez chorych oraz na proces ich leczenia, adaptacji do nowej, niezwykle trudnej sytuacji. Pojawia się potrzeba podejmowania działań mających na celu poszerzanie ogólnospołecznej świadomości w zakresie oswajania choroby nowotworowej. Konieczne jest, by mówić, propagować akcje inicjowane przez różnego rodzaju fundacje, a przede wszystkim nie bać się dotykać tematu i rozmawiać.

Jednocześnie należy zauważyć, że ciało stanowi istotny czynnik w konstruowaniu tożsamości i odczuwaniu siebie przez jednostki. Sprawia, iż człowiek ma poczucie ciągłości z samym sobą, a więc odrębności względem innych. Nieumiejętność odczuwania ciała bądź też ciała i umysłu jako jedności składającej się na całość „Ja”, może prowadzić do zaburzeń w postrzeganiu cielesności. Skutkuje to m.in. zjawiskiem odrzucenia, wypierania ciała, w konsekwencji zniekształca również odbiór rzeczywistości. Przejawem braku integralności pomiędzy ciałem a duchem jest nieobecność tego pierwszego w publicznej narracji, na co wskazuje Edyta Zierkiewicz: „W narracjach tych [...] uwaga w bardzo małym stopniu skupiona jest na doświadczeniu ciała (w chorobie). Najczęściej opowieści [...] dotyczą poznawania siebie, radzenia sobie z trudnościami, odkrywania siebie i swojej wewnętrznej siły, (zmian) tożsamości i relacji z innymi ludźmi. Chore ciało zostaje niemal zapomniane” [Zierkiewicz, 2009]. Ta rzekoma niewidzialność ciała również stanowi swoisty rodzaj komunikatu, nad którym warto byłoby się pochylić, przeprowadzając gruntowne badania. Zdefiniowanie determinant owego zjawiska niewątpliwie ułatwiłoby stworzenie psychologicznych metod wspierania chorych w zakresie zrozumienia i akceptacji sytuacji, w jakiej się znaleźli oraz pomoc w przeprowadzeniu ich przez proces zmian wywołanych chorobą.

Warto w kontekście omawianej problematyki odnieść się również do zjawiska o znacznie szerszym zasięgu, mianowicie do medykalizacji. Choroba to nie tylko sprawa prywatna. Każdy stanowi część większej zbiorowości, która wyposaża w słownik znaczeń, pożądanych wartości oraz wzorów zachowań. Samo określenie choroby nowotworowej jako choroby cywilizacyjnej odzwierciedla nie tylko zasięg jej obejmowania, ale jednocześnie pociąga za sobą swego rodzaju implikacje. Wyraża się to przede wszystkim w potrzebie podejmowania przez społeczeństwa zinstytucjonalizowanych

¹ Stygmatyzacja – E. Goffman ujmował stygmatyzację jako piętno. Autor utrzymywał, iż zjawisko to sprowadza się do społecznego naznaczania jednostek przez przypisywanie określonych „etykiet” mających z reguły negatywny wydźwięk i wiążących się z atrybutami społecznie niepożądanymi i dyskryminującymi, co z kolei przekłada się na powszechne postrzeganie jednostek „z etykietą” jako osób niepełnowartościowych i niepasujących do ogółu społeczności.

działań mających na celu walkę z globalną chorobą, jak też w społecznym narzucaniu jednostkowych postaw i zachowań. Przykładem takiego zinstytucjonalizowanego mechanizmu jest właśnie medykalizacja oznaczająca poszerzanie strefy wpływu medycyny na życie społeczne, egemplifikowanie niemedycejskich kwestii poprzez medycjską nomenklaturę oraz wzrost medycjskiej kontroli nad wszelkimi procesami życiowymi [Wieczorkowska, 2012].

Rozwój zjawiska medykalizacji przypada na II połowę XX wieku, kiedy to postępowało odczarowywanie świata za pomocą nauki. Bódcem do obejmowania władztwem medycyny coraz to nowych obszarów życia była „wiera w możliwości zniesienia problemów zdrowotnych, dzięki nieustannemu przyrostowi wiedzy i [postępowi] techniki, jaki dokonuje się w przestrzeni nauk biomedycjskich” [Adamska-Pietrzak, Adrych-Brzezińska, Bandurska, Janaszczyk, Pietrzak, Popowski, Sobczak, Wengler (red.), 2012]. Zadanie nauk medycjskich to obecnie nie tylko zapobieganie chorobom czy leczenie. Stały się one swoistą instytucją uprawnioną do określania standardów zdrowia i jednostek chorobowych, kategoryzowania zachowań na właściwe i patologiczne/dewiacyjne, a co za tym idzie – sposobów naprawy i przywracania do świata „normalnych”.

Michel Foucault dodatkowo podkreślał znaczenie reguł dyscyplinujących ciało jednostek, tożsamy dla zjawiska medykalizacji [www2]. Twierdził też, iż „zdrowie, choroba oraz ciało traktowane są nie jako fenomeny uniwersalne, ale jako zjawiska społeczne, historycznie zmienne. [...] Zdrowie to władza, a [...] społeczne praktyki dyskursywne (u podstaw których tkwią relacje uległości i dominacji) konstytuują to, co nazywamy zdrowiem oraz chorobą. Ponadto, dzięki dyskursowi medycjskiemu kultura zachodnioeuropejska zaczyna pojmować ciało jako coś, czym można manipulować, co można przekształcać, doskonalić, tworzyć, w co można ingerować i co poddawać należy systematycznemu egzaminowaniu.” [Bińczyk 2002]. Zatem celem rozpowszechniającej się bio - władzy [Howarth, 2008] staje się zwiększanie użyteczności i wydajności jednostek zasilających społeczeństwo. Natomiast wyznaczanie standardów i zachowań właściwych dla jego utrzymania mają zapewniać kontrolowany rozwój – w kierunku pożądanym przez podmioty legitymizujące się władzą.

W kontekście cielesności w sytuacji choroby nowotworowej można mówić o medykalizacji życia codziennego, która wynosi kategorię zdrowia na piedestał pożądanego wartości. Zgodnie z jej założeniami, to „styl życia wyznaczany przez normy ustanowione dzięki medycynie gwarantuje uniknięcie chorób lub daje nadzieję odzyskania zdrowia” [Adamska-Pietrzak, Adrych-Brzezińska, Bandurska, Janaszczyk, Pietrzak, Popowski, Sobczak, Wengler (red.), 2012], w związku z czym powszechnie nawołuje się do utrzymywania zdrowej diety, aktywności fizycznej oraz farmakologicznej suplementacji. Oczywiście nie ma nic złego w dbałości o zdrowie, jest to wręcz wskazane. Aczkolwiek obecny kult ciała i młodości urasta niemalże do rangi obsesji, przez co ci, którzy nie spełniają kryteriów urodowo-zdrowotnych, mogą mieć poczucie winy, iż nie dbali o siebie wystarczająco, nie przyswoili propagowanych społecznie praktyk zdrowotnych – podsumowując, nie zrobili nic, aby uchronić się przed nowotworem.

Jednocześnie nie należy definitywnie pomijać pozytywnych aspektów wynikających z rozwoju medycyny. Coraz bardziej nowoczesna technologia umożliwia prowadzenie badań nad źródłami nowotworów, metodami walki z nimi, na podstawie badania genetycznego istnieje realna szansa sprawdzenia, czy posiada się gen predysponujący do zachorowania na raka, a kobiecie po mastektomii przysługuje możliwość rekonstrukcji piersi. Są to tylko przykłady, ile dobrego ludzkość zawdzięcza medycynie. Jednakże w odniesieniu do zjawiska medykalizacji *per se*, podkreślanie jego negatywnych konsekwencji zapewne ma na celu uwrażliwienie na człowieka, który staje się głównym polem medycjskich oddziaływań i ingerencji, zmuszanie do ogólnospołecznej dyskusji o zagrożeniach płynących z powyższych działań, niejednokrotnie będących na skraju etycznie-moralnych granic. „Badacze zwracają uwagę na to, jak w momencie coraz bardziej inwazyjnych bioingerencji w nasze ciała może się zmienić nasze myślenie o zdrowiu i chorobie, a także osobowość i tożsamość – zwłaszcza, że stoją za tym interesy globalnego przemysłu farmaceutycznego” [Breczko, 2015]. W związku z tym, aby uniknąć pozostania ofiarą szarlatańskich, pseudonaukowych rozwiązań, stosowne wydaje się zachowanie czujności, zdrowego rozsądku oraz wszechstronne budowanie świadomości i wiedzy, zarówno o sobie samym, jak i procesach, w które jesteśmy uwikłani - nie zawsze intencjonalnie.

Wracając do poczucia niedopasowania i nieadekwatności do standardów piękna w sytuacji choroby nowotworowej, jest ono dodatkowo wzmacniane przez przekaz medialny, w którym dominuje wizerunek zdrowego, wysportowanego i estetycznego człowieka. To problem szczególnie odczuwalny przez kobiety, które w rezultacie intensywnych i agresywnych terapii leczniczych tracą przypisane im atrybuty kobiecości. Nowotwór działa wyniszczająco na organizm ludzki. Dosłownie zabija to, co zdrowe i sprawne, sprawiając, że ciało nie tylko jest słabe i pozbawione sił witalnych, ale traci też na urodzie. Moment uświadomienia sobie własnej słabości, tego, że ciało może ulec bezpowrotnym deformacjom i nie odzyskać już pełnej sprawności, obciąża psychikę kobiet oraz ich ciała – *de facto* źródło problemów. W rezultacie podtrzymywanie poczucia kobiecości przez kobiety chorujące na nowotwór niewątpliwie stanowi wyzwanie, bo jak osiągnąć powyższy cel, gdy choroba odbiera podstawę, na której owo poczucie się tworzy?

Nowotwór przysparza więc nie tylko cierpienia fizycznego, ale także psychicznego. Wiąże się z lękiem, rozpaczą, depresją, walką o wyzdrowienie. „Osoby chore zaczynają przyjmować postawę obserwacyjną względem własnego ciała, ciągle je badając, czuwając, czy nie występują kolejne zmiany. Obniża się samoocena, szczególnie pod wpływem zmian w wyglądzie. Ciało przestaje być pewnym oparciem dla działania w świecie, stając się obszarem, z którego ciągle może nadejść zagrożenie” [Nowakowski, Karczmarczyk, 2010]. Zagrożenie zarówno dla życia, jak i aktualizowanej tu i teraz sytuacji społecznej, zawodowej i indywidualnej. Zatem dla osób borykających się z nowotworem niezwykle ważna jest akceptacja i wsparcie ze strony otoczenia. Panujące w społeczeństwie stereotypy, podbudowywane dodatkowo powszechną estetyzacją życia oraz kultem piękna i zdrowia, utrudniają proces rekonstruowania własnej świadomości jako kobiety/ mężczyzny, przyczyniając się jednocześnie do poczucia zawstydzenia i niepełnowartościowości. Poznanie, jak doświadczanie choroby kształtuje wzajemne interakcje, mogłoby być pomocne w ulepszaniu sieci wsparcia ze strony otoczenia. Dodatkowo,

uświadczenie potrzeb chorych i specyfiki sytuacji, ułatwiłoby osobom bliskim poruszanie się w rytmie codzienności wyznaczanym przez chorobę nowotworową.

Warto w tym miejscu odnieść się do artykułu Aleksandry Katarzyny Tomasiewicz, która na podstawie przeprowadzonych badań wskazuje na zależność pomiędzy obrazem ciała, samooceną oraz emocjami przeżywanymi w związku z chorobą nowotworową i leczeniem. Autorka analizowała obraz ciała u osób z chorobą onkohematologiczną, poddanych chemioterapii. Wnioski płynące z przeprowadzonej analizy są następujące:

1. „można przypuszczać, iż osoby chore poddane chemioterapii bardziej troszczą się i dbają o swoje ciało ze względu na duże ryzyko powikłań i konieczność zwracania uwagi na higienę w tym czasie;
2. zmiany wywoływane intensywnym leczeniem cytostatykami mogą stać się jedną z przyczyn powstawania wielu negatywnych emocji i nastrojów;
3. negatywne emocje przeżywane podczas leczenia z zastosowaniem chemioterapii mogą powodować zubożenia obrazu ciała i zmieniać nastawienie wobec swojego Ja fizycznego;
4. istnieje zależność pomiędzy obrazem ciała a stosunkiem do niego: osoby z chorobą onkohematologiczną o wyższej samoocenie bardziej lubią swoje ciało.” [Tomasiewicz, 2015].

Należy zauważyć, iż dotychczasowe rozważania oscylowały wokół zewnętrznych determinant stosunku osób do ciała w sytuacji choroby nowotworowej. Natomiast Tomasiewicz słusznie podkreśla indywidualne predyspozycje jednostek. Podtrzymywanie pozytywnego obrazu siebie w dużej mierze uzależnione jest od umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, podejścia do kwestii cielesnych, poczucia własnej wartości, a więc zespołu cech właściwych konkretnej jednostce, niezależnie od mechanizmów i wpływów społecznych.

Wnioski

Ciało, jakkolwiek rozpatrywane, przysparza wiele problemów badawczych. Jest niejednoznaczne, wielowymiarowe, co w konsekwencji wymaga interdyscyplinarnego podejścia. Zdaniem Honoraty Jakubowskiej, sposobem rozwiązania tego problemu mogą być badania skoncentrowane na doświadczaniu ciała – „obecności ciała, gdy przyjmuje ono patologiczną, dewiacyjną formę, jak na przykład w chorobie” [Jakubowska, 2012]. Autorka zaznacza dalej, że właśnie w sytuacji choroby „stajemy się go bardziej świadomi, a tym samym jest ono bardziej dostępne, jeśli nie dla badacza [...] to dla badanego” [Jakubowska, 2012]. Niestety na gruncie polskich nauk ciało, jako przedmiot badawczy, nadal pozostaje niewykorzystane. Być może rozwój badań w tym kierunku nauczyłby osoby chore mówić o swoim ciele, a społeczeństwo – w końcu słyszeć potrzeby chorych, a w rezultacie – odpowiednio na nie reagować.

Z kolei zwrócenie uwagi na fakt, iż zarówno indywidualne, jak i społeczne determinanty odczuwania ciała przez osoby chorujące na nowotwór są ze sobą wzajemnie sprzężone, zwiększyłoby ogólnospołeczną świadomość i wrażliwość. Warto przytoczyć pełne nadziei przypuszczenia Sylwii Brezko o pojawieniu się fenomenu „nowych wspólnot, poszukiwaniu punktów wzajemnego porozumienia w podobnych doświadczeniach, quasi-politycznych akcji i happeningów, działań oddolnych czy klubów różnej maści hobbystów [...]”. Być może więc okaże się, że zamiast dążyć do społeczeństwa postemocjonalnego, przesuwamy się w stronę hiperemocjonalności” [Brezko, 2009]. Człowiek jako *homo socialis* potrzebuje drugiego człowieka, który jest dla niego lustrem, nauczycielem, uczniem, towarzyszem w szczęściu i niedoli. Warto więc oswojać społeczeństwo z obrazem choroby i nie bać się podejmować publicznej dyskusji, ponieważ nowotwór zmienia tylko oprawę codzienności, natomiast nie odbiera człowiekowi jego ludzkiej twarzy.

Piśmiennictwo

1. Adamska-Pietrzak Ewa, Andrych-Brzezińska Izabela, Bandurska Ewa, Janaszczyk Anna, Pietrzak Piotr, Popowski Piotr, Sobczak Krzysztof, Wengler Lubomira (red.). 2012. *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*, Gdańsk: Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych.
2. Bińczyk Ewa. 2002. Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy, [w:] *W stronę socjologii zdrowia*, Piątkowski Włodzimierz, Titkow Anna (red.), Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Skłodowskiej-Curie: 185-186.
3. Bourdieu Pierre. 2005. *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzienia*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
4. Brezko Sylwia. 2009. „Ciało w socjologii – między indywidualizacją a polityzacją”, *Kultura współczesna*, nr 1: 27.
5. Brezko Sylwia. 2015. „Socjologia ciała. Co dalej?”, *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*, t. 1, nr. 16, Gdańsk: 20.
6. Howarth David. 2008. *Dyskurs*. Warszawa: Wydawnictwo Oficyna Naukowa.
7. Jacyno Małgorzata. 2007. *Kultura indywidualizmu*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
8. Jakubowska Halina. 2012. „Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości.” *Przegląd socjologii jakościowej*, t. 8, nr 2: 14.
9. Karczmarczyk Anna, Nowakowski Przemysław. 2010. Doświadczenie ciała (obraz ciała) u osób z nowotworami: neurofilozoficzne ujęcie. [w:] Płonka-Syroka Bożena, Skrzypek Michał (red.), *Zaburzenia obrazu ciała w chorobie nowotworowej. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wrocław: Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich: 171.
10. Nowakowski Marek, *Medykalizacja jako forma kontroli społecznej*, [www2]
<http://phavi.umcs.pl/at/attachments/2014/0117/120939-prezentacja-zjazd-krakow.pdf>; data dostępu: 07.07.2016.

11. Stoparczyk Krzysztof, *Jak żyć z rakiem?* [www1]
<http://www.polskieradio.pl/9/396/Artykul/1531818,Zyj-choruj-i-ciesz-sie-Nauka-plynaca-z-doswiadczen-Fundacji-Rak-n-Roll>; (dostęp: 22.08.2016).
12. Tomasiewicz Aleksandra, Katarzyna. 2015. „Obraz ciała i samoocena osób z chorobą nowotworową krwi po chemioterapii”, *Psychoterapia*, nr 1 (172): 83.
13. Zierkiewicz Edyta. 2009. *Codziennosc w zderzeniu ze smiertelna choroba. Analiza narracji raka piersi publikowanych w prasie kobiecej*, [w:] Rudnicki Stanisław (red.), *Spoleczenstwo i codziennosc. W stronę nowej socjologii?*, Warszawa. Cyt. za: Jakubowska Honorata. 2012. *Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości*, „Przegląd socjologii jakościowej”, t. 8, nr 2: 15.