

КОНСТРУИРОВАНИЕ ЭКОЛОГИЧНОГО ДИСКУРСА

ENVIRONMENTAL PRINCIPLES IN DISCOURSE CONSTRUCTION

УДК: 81'42

DOI: 10.31249/chel/2023.02.02

Нагорная А.В.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ КАК ОСНОВА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ОНКОДИСКУРСА[©]

*Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»,
Россия, Москва, alnag@mail.ru*

Аннотация. В статье обосновывается необходимость создания отдельной области дискурсивных исследований, посвященной анализу способов обсуждения онкологических заболеваний, и вводится понятие «онкодискурс». Онкодискурс рассматривается как многокомпонентное сложноструктурированное образование, приводится краткий анализ отдельных его разновидностей. Рассматриваются принципы организации онкодискурса, обсуждаются проблемы его регламентации, демонстрируются преимущества экологического мышления как базиса для конструирования гармоничного и комфортного дискурсивного пространства, отвечающего потребностям онкобольных и социума в целом, приводятся примеры экологических и антиэкологических дискурсивных практик.

Ключевые слова: дискурсология; дискурсивная практика; дискурсивное пространство; онкодискурс; экософия; экологическое мышление; три экологии Ф. Гваттари.

Поступила: 28.10.2022

Принята к печати: 18.01.2023

© Нагорная А.В., 2023

Nagornaya A.V.
**Ecological thinking as a basis
for constructing contemporary oncodiscourse[©]**

*National Research University "Higher School of Economics",
Russia, Moscow, alnag@mail.ru*

Abstract. The paper substantiates the need for a new line of research within Discourse Studies that would focus on ways of discussing cancer and introduces the concept of 'oncodiscourse'. Oncodiscourse is described as a complex structure with a further analysis of some of its types. The paper considers the principles underlying the organization of oncodiscourse, discusses the issue of its regulation, demonstrates the advantages of ecological thinking as a basis for constructing a well-balanced and comfortable discursive space that meets the needs of cancer patients and the society as a whole, provides examples of ecological and anti-ecological discursive practices.

Keywords: Discourse Studies; discursive practice; discursive space; oncodiscourse; ecosophy; ecological thinking; the three ecologies of F. Guattari.

Received: 28.10.2022

Accepted: 18.01.2023

Введение

Важнейшим вектором развития современной лингвистики признается готовность к участию в решении актуальных социальных проблем (см., например: [Hudley, 2020, p. 221]). К их числу, несомненно, относится распространение онкологических заболеваний, которые занимают второе место по количеству смертей в мире и уносят более 10 миллионов человеческих жизней в год.

Специфический социальный заказ, ожидающий отклика со стороны лингвистов, состоит в выработке оптимальных стратегий формирования дискурсивной практики, в рамках которой можно было бы осуществлять как всестороннее обсуждение онкологической проблематики, так и эффективную поддержку людей, столкнувшихся с заболеваниями этого типа. В данной статье предлагается один из возможных подходов к конструированию такой дискурсивной практики с учетом уже существующего опыта ее построения в англоязычных странах.

«Онкодискурс» как терминологическая инновация

Решение поставленной задачи предполагает создание отдельного направления в рамках лингвистической дискурсологии. Отправной точкой в этом начинании должно стать введение в широкий научный обиход термина, обозначающего те многочисленные и разнообразные способы, которые используются для репрезентации онкологических заболеваний в современном социокультурном пространстве.

Несмотря на существенное отставание в дискурсивизации онкозаболеваний в России, наиболее перспективная терминологическая инициатива была выдвинута именно отечественными исследователями. В 2020 г. в журнале «Вопросы онкологии» была опубликована статья, написанная активистами просветительской организации «Знание» Л.Н. Духаниной и А.А. Максименко. Авторы проводят анализ русскоязычного сегмента социальных медиа, освещающих проблемы государственной поддержки лечения и профилактики онкозаболеваний, и используют при этом дефисно оформленный термин «онко-дискурс» [Духанина, Максименко, 2020]. К сожалению, они не определяют его содержание, явно недооценивая как значимость сделанного ими терминологического шага, так и чрезвычайную сложность изучаемого явления.

Значимость видится нам в том, что предложенный термин четко прорисовывает новое исследовательское поле, обладая при этом рядом дополнительных концептуальных достоинств. Он явно выигрывает в конкуренции с терминологическими сочетаниями *discourse on cancer* и *discourse about cancer* («дискурс о раке»), используемыми в зарубежных исследованиях и иногда довольно неуклюже калькируемыми в русскоязычных статьях (ср. «раковый дискурс» в: [Силантьева, Кожокина, 2020]). Этот выигрыш обеспечивается не только компактностью термина, но и большей широтой задаваемого им ракурса: рак – далеко не единственное онкологическое заболевание, которое требует общественного внимания. Кроме того, термин обладает необходимой для русскоязычной (и не только) аудитории иносказательной деликатностью, позволяя избежать прямого наименования болезни, которое вызывает у многих ощущение крайнего психологического дискомфорта. Заметим также, что термин «онкодискурс» легко и гармонично переводится

на английский язык (*oncodiscourse*) и соответствует современным трендам в конструировании коммуникативного пространства этого вида заболеваний. Он удачно коррелирует с другими терминологическими инновациями в этой сфере, в числе которых «онконастороженность» и «онкоосведомленность». Подчеркнем, что мы предлагаем именно слитное, а не дефисное, написание термина, тем самым легитимируя его употребление в лингвистике и закрепляя за ним право на формирование отдельной линии дискурсивных исследований.

Говоря о сложности изучаемого явления, мы прежде всего имеем в виду крайнюю разнородность онкодискурса, наличие в его структуре множества не только существенно, но и сущностно отличающихся друг от друга образований, некоторые из них будут рассмотрены ниже.

Онкодискурс как сложноструктурированное образование

Одно из центральных мест в этой сложной структуре принадлежит дискурсу профессионально-медицинскому, история которого насчитывает, по меньшей мере, две тысячи лет. Его становление связано с деятельностью Гиппократов, который увидел в злокачественной опухоли внешнее сходство с ракообразным и присвоил ей соответствующее, метафорическое по своей сути, наименование (*karkinos*). Наличие семантической мотивированности в дальнейшем позволило беспрепятственно переводить термин, адаптируя его под потребности разных лингвокультур. Так, привычный для англоязычного мира термин *cancer* является ранним переводом на латынь, выполненным Цельсом [Papavramidou, Papavramidis, Demetriou, 2010]. Несколько позже Гален предложил термин *oncos* («онкологический»), который послужил основой для наименования целой отрасли медицинского знания и способствовал «стягиванию» отдельных нарративов онкозаболеваний в более или менее целостное дискурсивное образование. Именно этот термин мы и используем для обозначения соответствующего типа дискурса.

Дальнейшее развитие профессионального онкодискурса было связано с активным терминотворчеством, поскольку появление новых методов диагностики позволяло выявлять все большее количество типов и подтипов опухолей, каждому из которых требо-

валось свое обозначение. Язык онкологии становился все более непрозрачным для непосвященного. Ситуация усугубилась во второй половине XX в., когда была введена классификационная система TNM (*tumor* – опухоль, *node* – лимфоузел, *metastasis* – метастаз) со сложной буквенно-цифровой маркировкой и сокращенными терминами-латинизмами. Профессиональный онкодискурс окончательно оформился как язык для посвященных, своеобразный тайный пароль, полностью утрачивающий коммуникативную ценность за пределами узкоспециализированного медицинского сообщества.

Параллельно с медицинским формировался и дискурс обиходно-разговорный, обслуживающий коммуникативные потребности простых обывателей. В этой дискурсивной стихии традиционно господствует иррациональное восприятие онкологических заболеваний. Она репрезентирует «беспорядочную смесь смутных, экстремальных и противоречивых культурных интерпретаций рака» [Perusek, 2012, p. 490].

Иррациональность – это не только следствие ограниченной доступности научного знания, которое и само на определенных этапах имело выраженное мифопоэтическое измерение. По свидетельствам медицинских антропологов вплоть до конца XVIII в. рак часто описывался в трактатах как наделенное разумом существо, враждебный паразит, червь, проникающий в организм и пожирающий его изнутри [Skuse, 2015, p. 2]. Рациональной упорядоченности обиходно-разговорных дискурсов всегда мешал и глубинный, непреодолимый страх, вызываемый онкологическими заболеваниями. Само слово «рак» было табуировано; до недавнего времени оно сокращалось до первой своей буквы и циркулировало в англоязычном обиходно-разговорном дискурсе как *C-word*.

Немаловажно и то, что в народной мифологии рак часто предстает как наказание за несправедно прожитую жизнь. Речь здесь идет не только о недостаточной религиозности. В массовом сознании рак стигматизируется как «болезнь, происходящая от бездействия»: неспособности быть благоразумным, должным образом контролировать свою жизнь и выражать эмоции [Sontag, 1988, p. 56]. Тенденция к морализации рака, о которой пишет С. Зонтаг [Sontag, 1988, p. 42], блокирует как обсуждение собственного опыта болезни, так и формирование нейтрального, свободного от экзотической зоо-

метафорики и эмоционально-оценочных наслоений, психологически комфортного дискурса онкозаболеваний.

В конце XX в., однако, онкодискурс претерпел ряд существенных изменений как содержательного, так и структурного плана, обогатившись рядом новых форм.

Начало дискурсивной диверсификации было положено в 1971 г., когда президент США Р. Никсон открыто призвал к «войне с раком» (*war on cancer*) и подписал указ о создании национального института¹, целью которого стало не только обеспечение населения клинической помощью и проведение медицинских исследований, но и широкая просветительская работа.

Поставленная задача повышения всеобщей онкоосведомленности (*cancer awareness*) и онкограмотности (*cancer literacy*) может быть решена лишь посредством популяризации актуального медицинского знания. Разумеется, эта работа требует адаптации профессионального онкодискурса к практическим потребностям и когнитивным возможностям рядовых, далеких от медицины граждан.

Учет практических потребностей требует дискурсивной перефокусировки. Так, важнейшие для онкологов вопросы морфологической специфики разных видов опухолей полностью теряют релевантность за пределами профессионального дискурса. Основной фокус смещается на способы выявления опухолей, современные подходы к их лечению, проблемы продолжительности и качества жизни. Когнитивная рекалибровка требует отказа от привычной для медиков терминологии и поиска таких средств выражения, которые были бы понятны обывателю и не провоцировали онкофобных реакций, при этом не противореча тому, что считается на данный момент медицинской истиной. Формируется научно-популярный по своей сути онкодискурс, представленный как многочисленными книгами-пособиями (см., например: [Buckman, 1996]), так и публичными лекциями (см.: [TED]).

Одновременно с этим наблюдается всплеск интереса к онкопроблематике со стороны антропологов, культурологов, социологов и историков, которые создают «гуманистическую версию» онкологии, фокусируясь на сфере человеческих переживаний и связанных с ними социокультурных конвенциях, предписывающих опреде-

¹ National Cancer Institute. – URL: <https://www.cancer.gov/>

ленные правила поведения и коммуникации как больным раком, так и членам их семей и социуму в целом (см., например: [Stacey, 1997]).

Пожалуй, важнейшей инновацией конца XX – начала XXI в. стало появление в общем дискурсивном пространстве многочисленных нарративов, повествующих об опыте переживания онкозаболеваний от первого лица. Этот вид текстов получил название «автопатография» [Brownley, Kimmick, 1999] и описывается исследователями как «феноменологический конструкт» [Schultz, 2013, p. 71], порождаемый желанием представить восчувствованный, пропущенный через собственное тело и разум опыт переживания рака в противовес его объективированному и предельно обезличенному медицинскому описанию. Автопатография пишется с целью показать, что «история болезни – это нечто большее, чем медицинский случай» [Frank, 2013, p. 6]. Это экзистенциальный опыт страдания, не редуцируемый к клиническим проявлениям болезни. Автопатография дает человеку определенную степень дискурсивной свободы, позволяя ему фокусироваться на тех аспектах опыта, которые представляются ему наиболее релевантными, и повествовать о них языком, отвечающим авторским представлениям о точности и достоверности.

К автопатографии примыкает онкопоэзия¹, позволяющая превратить собственное страдание в эстетический опыт. Заметим, что если верить С. Зонтаг, еще 45 лет назад любая эстетизация рака была «невообразимой» (*unimaginable*), а сам он представлял собой «скандальную» (*scandalous*) тему для поэзии [Sontag, 1978, p. 20].

Дискурсивная диверсификация привела не только к сложному ветвлению речевых форм, но и к появлению новых форматов репрезентации рака в публичном пространстве. В современной западной культуре активно развиваются онкоживопись² и онко-скульптура³, позволяющие актуализировать и вывести в дискурс переживания, носящие внерассудочный характер.

¹ См., например: Poems, philosophy and cancer. – URL: <http://www.cancernet.co.uk/poems.htm>

² См., например: Brushes with cancer. – URL: <https://twistoutcancer.org/brushes/>

³ См., например: Science museum. – URL: <https://www.sciencemuseum.org.uk/see-and-do/cancer-revolution-science-innovation-and-hope>

Искусство может использоваться не только как аналог исповедального нарратива, но и как средство просветительской работы. Так, государственный университет Аризоны запустил проект *Capturing Cancer with Music* («Ухвати сущность рака с помощью музыки»)¹. В его основе лежит аналогия между человеческим организмом и слаженной работой оркестра, в котором каждый инструмент исполняет свою партию. С помощью специальной программы выбранное пользователем музыкальное произведение искажается таким образом, что одна партия начинает повторяться бесконечное число раз, нарушая целостность музыкального текста и внося в него выраженный диссонанс. Такой навязчивый повтор является аудиальным аналогом аномального роста клеток при онкологическом заболевании.

Это далеко не полный перечень тех коммуникативных практик, которые складываются в настоящее время вокруг онкологических заболеваний. Их количество постоянно растет, особенно в интернет-среде, предоставляющей неограниченные возможности для самовыражения и взаимодействия. Формируются новые социокультурные практики, к числу которых, например, относится онкоактивизм, преследующий не только просветительские, но и политико-идеологические цели [Kedrowski, Sarow, 2010].

Приведенный здесь краткий, очень схематичный обзор призван показать, что онкодискурс представляет собой чрезвычайно сложноорганизованное образование, элементы которого отличаются друг от друга формально, содержательно и функционально. Это обстоятельство позволяет нам не только рассматривать термин «онкодискурс» как зонтичный, охватывающий множество форм и форматов, но и употреблять его во множественном числе, подчеркивая уникальные свойства каждой из разновидностей онкодискурса.

¹ См., например: *Capturing cancer with music*. – URL: <https://cancer-insights.asu.edu/2020/05/capturing-cancer-with-music/>

Принципы конструирования онкодискурса: проблема регламентации

При такой широкой вариативности особую актуальность обретает вопрос о принципах конструирования онкодискурса в современном социокультурном пространстве: о степени стихийности и регламентированности в смысловом наполнении активно множасьихся коммуникативных практик, о допустимости жесткого регулирования и о выработке оптимальных стратегий коммуникации, которые отвечали бы потребностям как онкобольных, так и общества в целом.

На протяжении последних 50 лет концептуальные доминанты онкодискурса формировались в результате целенаправленных смысловых интервенций, осуществляемых разными социальными акторами. Первая и самая значительная из них уже упоминалась нами ранее и заключалась в массивном вбросе в дискурсивное пространство военной образности. Следует признать, что милитаризация онкодискурса, начавшаяся в англоязычных странах 50 лет назад по инициативе властных структур, была эффективной стратегией. С одной стороны, она отвечала политическим целям мобилизации научных, технологических и экономических ресурсов для решения насущной социальной проблемы – борьбы за сохранение человеческого капитала и уменьшение финансовых потерь, связанных с заболеваемостью раком. С другой стороны, она положила конец эпохе «безымянного» [Levinas, 1988, p. 159] и безмолвного страдания, снабдив людей языком, который не просто был понятен, но и обладал свойством агентивности. Из пассивного страдальца онкопациент превращался в «бойца», «воина», который «борется» с коварным «захватчиком» под командованием медиков-«военачальников», используя самый современный «арсенал» средств, и всеми силами стремится к «победе», «разгрому» врага.

Заметим, что военная метафора очень быстро обрела статус дискурсивной, используясь в качестве средства фрейминга при обсуждении онкопроблем практически в любом формате: от научных конференций до автопатографий и даже компьютерных игр. Особого упоминания заслуживает здесь игра Re-Mission¹, созданная

¹ См., например: Re-Mission. – URL: <https://hopelab.org/case-study/re-mission/>

фондом HopeLab в 2006 г. и предназначенная для больных раком детей. В ней игрок управляет нанороботом, который проникает в организм больного и расстреливает раковые клетки с помощью целого арсенала оружия: хеомбластера, радиационного ружья и антибактериальной ракеты. По задумке разработчиков игра должна была не только давать детям представление о природе заболевания и способах его лечения, но и формировать особый боевой настрой, необходимый для достижения положительного эффекта терапии.

Отметим также, что именно военная дискурсивная метафора способствовала появлению ключевого для современного онкодискурса термина *survivorship* (выживаемость), который был впервые предложен в 1985 г. Ф. Малланом [Mullan, 1985].

Общеизвестно, что военная метафорика с самого начала стала объектом жесткой критики со стороны философов, психологов и культурологов (см., например: [Sontag, 1978]). Ее главный недостаток виделся в том, что она формирует враждебное отношение к собственному телу и крайне негативно сказывается на психологическом состоянии пациента, если он «проигрывает битву с раком» [Metaphor ... , 2018, p. 3]. Кроме того, она дополнительно стигматизирует «проигравшего», заставляя видеть в нем человека, не проявившего достаточного упорства и силы духа.

В течение последних 20 лет предпринимаются все более активные попытки вытеснить военную образность из онкодискурсов более «мирной» и «медитативной» метафорикой. Примечательно, что значительное количество таких дискурсивных инициатив принадлежит лингвистам, которые активно продвигают свои идеи в СМИ и издают рекомендации для специалистов-медиков. Особого внимания здесь заслуживает проект MELC (Metaphor in End-of-Life Care – «Метафора в паллиативной помощи»)¹, запущенный исследователями Ланкастерского университета в 2012 г. и направленный на выявление того, как различные метафоры влияют на восприятие рака и поведение самих больных, их окружения и лечащих их врачей.

В числе предлагаемых лингвистами и медиками [McCartney, 2014] альтернатив главным претендентом на статус дискурсивной является метафора путешествия. Ее преимущество видится в том,

¹ См., например: MELC. – URL: <https://ucrel.lancs.ac.uk/melc/index.php>

что она формирует и у пациента, и у его окружения готовность к длительному лечению, исход которого может быть разным. В отличие от военной эта метафора ценностно нейтральна: она полностью снимает с больного ответственность за результат. Онкопациенту предлагается «встать на путь исцеления», который может оказаться непростым, полным труднопреодолимых «препятствий». Он должен пройти его в своем собственном темпе, часто начиная с «маленьких шажков» (*baby steps*). «Онкопутешествие» не лишено приятных моментов: это и открывающиеся «по пути» «виды» (новый опыт, простые жизненные радости), и возможность прохождения части пути с приятными и понимающими попутчиками (врачами, друзьями, собратьями по несчастью), и многое другое. Заметим, что метафора путешествия в целом обретает все большую востребованность в англоязычной культуре, пронизывая онтологические, терапевтические, дидактические и многие другие дискурсы. А. Франк называет ее «новомодной специей, которой без разбора приправляют практически любой вид опыта» [Frank, 2013, p. 117].

Параллельно с этим предпринимаются попытки продвижения в онкодискурсе метафор квеста [Frank, 2013] и танца [Giroux, 1998], которые находят все более широкое применение в англоязычных нарративах хронических (не обязательно онкологических) заболеваний.

Подчеркнем, что мы не ставим перед собой задачу глубокого смыслового анализа циркулирующих в онкодискурсе метафор. В данном случае принципиальную важность для нас имеют попытки их «институционализации» [Code, 2006]. Метафора становится носителем нормативных и одновременно нормирующих социальных смыслов; она превращается в инструмент формирования «правильного» типа мышления, предопределяющий поведение онкобольных, их окружения, медицинского сообщества и общества в целом. Она узурпирует онкодискурс, насаждая концептуальное единообразие и пытаясь дисциплинировать его.

С одной стороны, такая искусственная унификация кажется удобной, поскольку она позволяет создать единый для всех и понятный всем язык коммуникации. С другой же стороны, она редуцирует все многообразие онкоопыта до одной-единственной схемы, объяснительный и терапевтический потенциал которой может оказаться сомнительным, а то и нулевым в жизненных историях

отдельных пациентов. Более того, по мнению многих врачей-практиков, искусственно насаждаемая метафора (как и любой другой способ выражения) способна навредить пациентам [McCartney, 2014]. То, что изначально задумывалось как ценный социокультурный ресурс, может стать «антиресурсом», представляющим угрозу жизненному опыту человека и «мучительно искажающим» переживаемое [Perusek, 2012, p. 476].

Если современное общество действительно ставит перед собой задачу эффективной помощи онкобольным, оно должно отказаться от попыток «гомогенизации» [Frank, 2013, p. 64] их опыта посредством жесткой регламентации онкодискурса. Учет «психосоциальных потребностей» пациентов [From cancer patient ... , 2006, p. 3] предполагает предоставление им определенной свободы в осмыслении и коммуникации своего опыта болезни. Одновременно с этим необходимо формировать в обществе толерантность к вариативности онкодискурса, готовность к восприятию разных средств выражения онкоопыта и «подстройке» под психологические и когнитивные потребности конкретных носителей заболевания.

Применение принципов экологического мышления при конструировании онкодискурса

Одним из наиболее эффективных инструментов реформирования онкодискурса представляется нам экософия, продвигающая принципы экологического мышления.

Как поясняет Л. Коуд, экологическое мышление – «это не просто мышление об экологии или об окружающей среде»; «это ревизионистский модус взаимодействия между знанием, субъективностью, политикой, этикой, наукой, гражданственностью и агентивностью, который пронизывает и перестраивает теорию и практику» [Code, 2006, p. 5]. Его цель заключается в том, чтобы «представить, сконструировать, выразить и попытаться применить на практике принципы идеального сосуществования» [ibid., p. 24].

Сосуществование следует понимать широко, что связано с многомерностью самого понятия «экология». Один из основоположников экософии Ф. Гваттари выделил три «экологических регистра»: окружающую среду, общественные отношения и человеческую субъективность [Guattari, 2008, p. 28]. Эти регистры

формируют, соответственно, экологию окружающей среды, социальную экологию и ментальную экологию [Guattari, 2008, p. 41]. Для человека сосуществование превращается в сложный эквilibр: оно предполагает не только гармонизацию отношений с природной средой и комфортное встраивание себя в систему социальных связей, но и поиск приемлемого баланса между двумя своими началами: разумным и телесным (см.: [ibid., p. 35]).

Три экорегистра, описанные Ф. Гваттари, оказываются важными ракурсами при рассмотрении проблемы онкозаболеваний, а следовательно, и элементами концептуальной оптики, необходимой для выстраивания собственно дискурсивной онкоперспективы.

Экология в наиболее привычном для нас, средовом, понимании – это область биологического бытия онкозаболеваний. Речь здесь идет о физиологических процессах, которые отвечают за запуск онкопрограммы в человеческом организме, о генетической предрасположенности конкретного человека, о неблагоприятных факторах внешней среды, провоцирующих рост онкозаболеваний (загрязненность воздуха и воды, высокий уровень радиации), о наличии заболеваний этого типа у животных и т.п. Этот экоркурс является точкой входа в онкодискурсивное пространство научного знания, которое позволяет добиться де-мифологизации рака в массовом сознании. Одновременно с этим через него может осуществляться воздействие на поведение людей: их побуждение к выстраиванию более экологичной среды и отказу от привычек, наносящих ущерб как природе, так и их собственному здоровью. Но особенно важным представляется то, что этот ракурс может использоваться для «нормализации» онкозаболеваний. Статистика показывает, что в современном мире для каждого человека вероятность заболеть раком составляет более 30% [From Cancer Patient ... , 2006, p. 1], что связано в том числе с увеличением средней продолжительности жизни. Онкозаболевания фактически превращаются в часть соматической биографии человека как биологического вида. Понимание этого обстоятельства позволяет отчасти снять психологическую напряженность, связанную с традиционной стигматизацией рака. Если рак – это, по сути, средовой фактор, к нему оказываются неприменимы морально-этические категории и метафизические интерпретативные модусы. В этом смысле болеть раком – это нормально.

Задача нормализации онкозаболеваний является одной из основных и для социальной экологии. Здесь, правда, речь в большей степени идет о нормализации дискурсивной, об окончательной де-табуизации рака. Общеизвестно, что несмотря на значительную либерализацию дискурса, некоторые виды онкозаболеваний до сих пор представляют собой крайне неудобный предмет для обсуждения из-за культурно «неудачной» локализации. К ним относится, например, генитальный и колоректальный рак. Прорыв этих онкозаболеваний в общее дискурсивное пространство часто является результатом осознанных индивидуальных усилий, предпринимаемых носителями соответствующего заболевания. Примечательна в связи с этим история Деборы Джеймс, учителя из Великобритании, у которой в возрасте сорока лет была диагностирована терминальная стадия рака прямой кишки. Д. Джеймс, несмотря на «неудобный» диагноз, встала на путь онкоактивизма: она вела блог и колонку в газете, записывала подкасты, занималась сбором средств на исследование этого типа рака. Эта онкоинициатива оказалась резонансной и получила весьма неожиданное продолжение. Так, начиная с мая 2022 г., компания Маркс и Спенсер стала размещать на упаковке выпускаемой ей туалетной бумаги информацию о признаках и симптомах колоректального рака, а месяц спустя расклеила в туалетах своих магазинов QR-коды, пройдя по которым посетители попадают на сайт британской организации по борьбе с раком кишечника (Bowel Cancer UK) [Awareness campaigns ... , 2022, p. 829].

Дискурсивная нормализация рака неразрывно связана и с формированием онконастороженности – еще одной сферой действия социальной экологии. Это зона близкого контакта потенциального носителя онкозаболевания и клинициста. От первого требуется внимательное отношение к любым изменениям в организме, регулярное прохождение профилактических осмотров и своевременное обращение к врачам при наличии признаков заболевания. От второго ожидается чуткость к жалобам пациента, коммуникативная толерантность к индивидуальным, медицински некорректным описаниям проблемы, готовность к проведению разъяснительной работы, бдительность по отношению к вероятным симптомам рака.

В зоне этого контакта в настоящее время разворачиваются интереснейшие дискурсивные процессы, которые связаны со становлением так называемой «нарративной медицины». Суть ее заключается в том, чтобы обучить врачей искусству слушать пациента, понимать особенности переживаемого им опыта, с уважением относиться к тем смыслам, которые он придает своим ощущениям, учитывать его эмоциональное состояние и сопереживать его страданиям [Charon, 2006]. Для этого, как подчеркивает Р. Шэрон, необходимо особое «нарративное знание» (*narrative knowledge*).

Для объяснения сути этого нарративного знания медицинский антрополог А. Кляйнман предложил дифференцировать болезнь (*illness*) и заболевание (*disease*), назвав их «фундаментально разными понятиями» [Kleinman, 1988, p. 4]. «Болезнь» – это «экзистенциальный опыт страдания» [ibid., p. 10], прожитый и проживаемый опыт наблюдения за собственными телесными состояниями и суждения о них. За термином «заболевание» стоит профессиональный врачебный взгляд на проблему. Это объективирующий, унифицирующий взгляд, стремящийся упаковать сложную совокупность индивидуальных переживаний в жесткие схемы нозологических классификаций. Коммуникация с пациентом и постановка диагноза – это, по мнению Кляйнмана, «сугубо семиотическая деятельность: анализ одной системы символов и ее перевод в другую» [ibid., p. 16]. Мы убеждены, что нарративное знание врача есть, по сути, знание дискурсивное, поскольку адекватный семиотический перевод возможен лишь с учетом сложной совокупности контекстуальных факторов: социального положения пациента, уровня его образования, профессионального статуса, наличной жизненной ситуации и др.

Нарративная медицина является примером экологизации дискурса, поскольку она задает такую «концептуальную рамку» [Code, 2006, p. 21], внутри которой выстраивается комфортное для пациента коммуникативное взаимодействие, где его участники выступают как равноправные партнеры. Такой подход принципиально отличается от традиционного патерналистского модуса общения с пациентом, принятого в медицине.

Создание комфортного для онкобольных социального взаимодействия необходимо и вне рамок клинических ситуаций, что

требует серьезной ревизии ряда мировоззренческих и поведенческих установок.

Центральное место среди них занимает хелсизм (*healthism*) [Crawford, 1980] – культурная установка на достижение и поддержание полного здоровья. Наряду с другими многочисленными «измами» (сексизмом, эйджизмом, лукизмом, специизмом и т.д.) хелсизм насаждает стереотипы: он навязывает предвзятое отношение к людям, не соответствующим стандартам здоровья, и стремление к выздоровлению любой ценой. В случае онкологических заболеваний такая установка часто оказывается не только неверной, но и вредной. Во-первых, в настоящее время в связи с успехами в ранней диагностике и лечении онкозаболеваний выживаемость пациентов значительно увеличилась. Это не значит, однако, что пациенты достигают полного излечения. Рак требует длительной терапии в сочетании с постоянным мониторингом организма и пожизненной онконастороженностью, что обеспечивает ему переход в статус хронического заболевания. Учитывая эту новую перспективу, А. Франк вводит понятие «общество ремиссии» (*remission society*) для обозначения той многочисленной группы людей, которые успешно прошли курс лечения и хорошо себя чувствуют, но никогда не смогут считаться «вылеченными» [Frank, 2013, p. 8]. Во-вторых, многие виды рака до сих пор остаются неизлечимыми, особенно если они диагностируются на поздних стадиях. Установка на исцеление в этом случае мешает пациенту и его близким принять неизбежное, разумно распределить психические, временные и материальные ресурсы для обеспечения того, что сейчас принято называть «достойной смертью» (*dignified death*). Многие специалисты в области паллиативной медицины настаивают на необходимости снятия дискурсивного табу с темы смерти и поиска приемлемых, минимально травматичных для онкопациента способов ее обсуждения (см., например: [Nelson]). Такое дискурсивное нововведение представляется нам еще одним способом экологизации онкодискурса. Оно позволяет бороться с культурой отрицания смерти [Kastenbaum, 2004], которая противоречит биологическим реалиям и искажает жизненные горизонты человека.

Столь же неэкологичным представляется и навязываемое обществом позитивное мышление во всем, что касается опыта переживания онкозаболевания. Человеку предписывается испытывать

несокрушимый оптимизм, который считается не только «правильным» отношением к болезни, но и залогом ее успешного лечения. Следует отметить, что терапевтическая сила оптимизма неоднократно опровергалась серьезными клиническими исследованиями [Ehrenreich, 2009, p. 42]. Позитивный настрой может существенно улучшить качество жизни некоторых пациентов и их близких, однако он не гарантирует выздоровления. Кроме того, этот режим мышления может не соответствовать психотипу некоторых людей, которым в принципе чужд оптимизм. Выступая с критикой позитивного мышления, Б. Эренрайх называет его «самогипнозом», «контролем над разумом», «преднамеренным самообманом». Этот вид «умственной дисциплины» требует постоянных усилий по подавлению и блокированию неприятных мыслей и эмоций, осознанного стремления соответствовать социокультурным ожиданиям, что «ложится дополнительным бременем» на пациента [ibid., p. 43].

Жертвой «тирании позитивного мышления» [Holland, 2001, p. 13] становится и общество в целом, которому предписывается общаться с онкобольными с помощью набора клишированных фраз, исполненных фальшивого оптимизма. Высшим проявлением токсичной позитивности, по нашему убеждению, является мантра «Все будет хорошо!». Во-первых, она обесценивает физические страдания и психические переживания, которые онкобольной испытывает здесь и сейчас. Во-вторых, она сигнализирует о нежелании оказаться вовлеченным в ситуацию физически и эмоционально, предлагая больному положиться на судьбу. В-третьих, она выдает полное непонимание природы этого заболевания: «все» хорошо уже никогда не будет хотя бы потому, что рак – это хроническое заболевание, требующее существенной перестройки образа жизни и мышления.

Заметим попутно, что к числу таких токсичных фраз Д. Перусек относит и «Даже представить не могу, что ты сейчас переживаешь». По его мнению, она маргинализует онкобольного, помещая его состояние не просто за пределы собственного опыта говорящего и обычного человеческого опыта в целом, но и за границы самого воображения. Эта фраза, пишет Д. Перусек, «отрицает универсальный характер болезни и смерти, как и экзистенциальный ужас, который в своей универсальности объединяет всех нас» [Perusek, 2012, p. 488].

Позитивное мышление само по себе не несет вреда; оно обретает токсичность, когда становится обязательным для всех членов общества во всех жизненных ситуациях. Сошлемся на Л. Коуд, которая подчеркивает, что «навязывание знания, социального порядка, обычаев, экономических принципов и других ценностей является антиэкологичным» [Code, 2006, р. 8]. К числу таких обычаев и ценностей, несомненно, относятся дискурсивные конвенции, которые можно и нужно менять.

Противостоять антиэкологическим тенденциям в социуме может уважение к психоэмоциональным потребностям онкобольного. Важную роль, по мнению многих исследователей, играет эмоциональная вовлеченность, эксплицитно выражаемая «языком страдания и сочувствия» [Perusek, 2012, р. 491]. Экологичной альтернативой дискурсивной формуле «Все будет хорошо», по нашему мнению, является «Чем я могу тебе помочь?». Эта фраза сигнализирует о готовности к активному соучастию, наличии социального ресурса, которым человек может воспользоваться; при этом она демонстрирует уважение к личному пространству онкобольного и дает ему право выбора модели поведения.

К безусловно неэкологичным относится и упомянутая выше практика навязывания метафорических фреймов, которые могут вступать в концептуальный конфликт с индивидуальными ощущениями и переживаниями, сколь бы продуктивными эти фреймы ни казались в теории. Отметим, что в последние годы наметилась тенденция к метафорической либерализации, которой следуют даже те, кто в свое время активно отстаивал преимущества одной концептуальной модели. Так, авторы проекта MELC (см. выше), изначально выступавшие за изъятие военных метафор из онкодискурса, не только реабилитировали их, но и предложили идею метафорического меню, собрав и сгруппировав метафоры, которыми пользуются опрошенные ими пациенты. Среди них наряду со вполне предсказуемыми метафорами войны и путешествия представлены природные, музыкальные, космические и другие образы. Приведем лишь два примера. В одном из них пораженная раком ткань сравнивается с заросшим сорняками садом (*Cancerous tissue is like a garden that has become overgrown with weeds. The weed-killer also damages the healthy plants, but you hope they will re-grow*). В другом рак предстает в образе поездки на ярмарочной карусели, которая,

несмотря на все пугающие подъемы и повороты, рано или поздно заканчивается (*Imagine it a bit like a scary fairground ride – it might be scary in places, but it will eventually stop and you can get off. Be strong, be brave and we will be here to hold your hand if you need it*)¹.

По замыслу авторов, метафорическое меню может стать полезным социокультурным ресурсом – доступным репозитарием концептуальных форм, из которых больные и профессионалы-медики могут выбирать те, что в наибольшей степени соответствуют их когнитивным и коммуникативным целям. Принципиально важным представляется то, что в разных коммуникативных ситуациях эффективными могут оказаться разные метафоры. Так, исследования показывают, что при проведении кампаний по сбору средств в помощь онкобольным лучше всего работает военная метафора [Liebscher]; в паллиативной помощи более востребованной оказывается метафора путешествия; при описании симптомов болезни и связанных с ней переживаний пациенты могут пользоваться любой, в том числе и авторской, метафорикой. Феноменологическая сложность онкоопыта, как и жизненного опыта человека в целом, может потребовать использования разной метафорики даже в рамках коммуникативной практики одного пациента.

Следовательно, экологичной можно признать лишь такую организацию онкодискурса, которая поощряет множественность средств выражения, предлагая репертуар одинаково валидных, культурно санкционированных концептуальных форм. В данном случае особую релевантность обретает один из общих принципов классической экологии: стремление к сохранению естественного разнообразия, которое является важным условием обеспечения высокой эффективности в функционировании экосистемы [Rotherham, 2017, p. 9]. Естественность такого разнообразия в данном случае объясняется высокой вариативностью онкоопыта, его несводимостью к единому стандарту.

Сохранение разнообразия требует борьбы с тем, что Ф. Гваттари назвал «массмедиальным сериализмом» [Guattari, 2008, p. 30]: стандартизацией стиля жизни, моды, музыки и т.д., осуществляемой с помощью СМИ. В нашем случае речь идет об искусственном

¹ См., например: Metaphor Menu. – URL: <http://wp.lancs.ac.uk/melc/the-metaphor-menu/>

доминировании определенных средств выражения в массмедиаальном онкодискурсе: в рекламе, фильмах, на профильных интернет-сайтах, в популярных брошюрах, публичных лекциях и т.д. Необходимо вдумчивая и кропотливая работа, направленная на расширение репертуара средств, используемых для вербальной и визуальной репрезентации онкозаболеваний.

Экологизация социокультурной среды, безусловно, способствует и формированию более гармоничной ментальной экологии, которая находится в зоне ответственности и контроля каждого конкретного человека.

Важной ее частью, по нашему мнению, должна стать онкограмотность независимо от наличия или отсутствия заболевания. Очень полезным может оказаться здесь стремление к получению достоверных знаний об онкозаболеваниях из надежных источников (научных и научно-популярных). В современных условиях, когда основным источником информации является Интернет, «фрагменты реального знания, сплетен, информации о терапевтических возможностях, советы и разного рода личные ноу-хау» [Kaufman, 2010, p. 27], как и сенсационная реклама универсальных чудо-препаратов, оказываются в столь близком соседстве, что «соединение факта и вымысла» [Perusek, 2012, p. 481] становится в некотором смысле неизбежным. В этих условиях как никогда ценными оказываются навыки критического мышления, особая ментальная дисциплина, не дающая человеку попасть под влияние предрассудков, мифов и преднамеренных манипуляций.

В области ментальной экологии лежит и задача создания особого индивидуального «стиля болезни» [Broyard, 1992, p. 52]. Под ним подразумевается не столько модель поведения, сколько способ осмысления онкоопыта и его вывода в речь. По убеждению А. Франка, нарративизация болезни чрезвычайно важна. Она позволяет компенсировать ущерб, нанесенный ею чувству собственного я [Frank, 2013, p. 53], восстановить утраченную целостность бытия [ibid., p. 61] и сформировать его дальнейшую перспективу [ibid., p. 53]. Этот стиль должен соответствовать внутренним ощущениям онкобольного и отвечать его психологическим потребностям. Разумеется, человек не может не испытывать на себе когнитивно-дискурсивного давления культуры, в которой он живет, но он не обязан полностью соответствовать ее «риторическим

ожиданиям» [Frank, 2013, p. 3]. Человек имеет «право собственности» на свою болезнь; он должен иметь возможность выстроить свою «экзистенциальную территорию» [Guattari, 2008, p. 33] таким образом, чтобы она стала комфортной средой его ментального и коммуникативного обитания. Более того, представив «карту» этой территории в публичном дискурсивном пространстве (в блогосфере, жанре автопатографии, публичных интервью и т.д.), он может способствовать видовому разнообразию дискурсивных форм, обогащая концептуальные ресурсы онкодискурса и выходя, таким образом, в сферу социальной экологии.

Заключение

Опыт англоязычных стран, которые уже 50 лет активно экспериментируют с формами и форматами онкодискурса, а также принципами его конструирования, может послужить основой для создания соответствующей дискурсивной практики в России. По нашему убеждению, оптимальной стратегией ее формирования является использование принципов экологического мышления, которые помогут избежать многих ошибок и перекосов, связанных с навязыванием стандартов и стереотипов.

При конструировании онкодискурса три экологии (экология окружающей среды, социальная экология и ментальная экология) оказываются связанными между собой, плавно перетекая друг в друга и образуя петли сложной причинности. В результате их пересечения в идеале формируется гармоничное и комфортное дискурсивное пространство, в котором работают экологические принципы «адаптивности, устойчивости и гибкости» [Reed, 2014, p. 15].

Подчеркнем, что экологичность отнюдь не предполагает полную самоорганизацию онкодискурса и совершенное отсутствие регламентации. Он, как и любая другая экосистема, должен строиться на «креативно-регулятивных принципах» [Code, 2006, p. 25]. Регулирование, как нам представляется, должно осуществляться в двух основных направлениях: (1) противодействие унификации онкодискурса, поощрение разнообразия в формах репрезентации онкоопыта в публичном пространстве и (2) изъятие из публичного пространства текстов, содержащих лжезнания, информацию, формирующую искаженное, научно несостоятельное, мифологизиро-

ванное представление об онкозаболеваниях. Это зона «коллективной эпистемической ответственности» [Code, 2006, p. 13], часть которой ложится и на профессиональных лингвистов.

Список литературы

- Духанина Л.Н., Максименко А.А. Анализ сетевого онко-дискурса трехлетней ретроспективы в домене верхнего уровня // Вопросы онкологии. – 2020. – Т. 66, № 4. – С. 315–324.
- Силантьева В.Г., Кожокина А.В. Особенности самопрезентации раковых больных в социальной сети «Инстаграм» // Дискурс. – 2020. – Т. 6, № 6. – С. 99–112.
- Awareness campaigns and cancer screening (Editorial) // The Lancet Oncology. – 2022. – Vol. 23(7). – P. 829.
- Brownley M.W., Kimmick A.D. Women and autobiography. – Wilmington : Rowman & Littlefield, 1999. – 215 p.
- Broyard A. Intoxicated by my illness. – New York : Clarkson Potter, 1992. – 135 p.
- Buckman R. What you really need to know about cancer: a comprehensive guide for patients and their families. – Baltimore ; London : The John Hopkins University Press, 1996. – 364 p.
- Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. – Oxford : Oxford University Press, 2006. – 304 p.
- Code L. Ecological thinking: the politics of epistemic location. – Oxford : Oxford University Press, 2006. – 344 p.
- Crawford R. Healthism and the medicalization of everyday life // International Journal of Health Services. – 1980. – N 10(3). – P. 365–388.
- Ehrenreich B. Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America. – New York : Metropolitan Books, 2009. – 214 p.
- Frank A. The wounded storyteller. – Chicago : The University of Chicago Press, 2013. – 253 p.
- From cancer patient to cancer survivor: lost in transition / ed. by Hewitt M. [et al.]. – Washington : The National Academies Press, 2006. – 534 p. – DOI: <https://doi.org/10.17226/11468>
- Giroux L. Taking the lead: dancing with chronic illness. – Kelowna : Northstone, 1998. – 192 p.
- Guattari F. The three ecologies. – London : Continuum, 2008. – 136 p.
- Holland J., Sheldon L. The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty. – New York : Harper Perennial, 2001. – 368 p.
- Hudley C.A., Mallinson C., Bucholtz M. Toward racial justice in linguistics: Interdisciplinary insights into theorizing race in the discipline and diversifying the profession // Language. – 2020. – N 96(4). – P. 200–235.
- Kastenbaum R. On our way. The final passage through life and death. – Los Angeles : University of California Press, 2004. – 452 p.
- Kaufman Sh. Regarding the rise in autism: vaccine safety doubt, conditions of inquiry, and the shape of freedom // Ethos. – 2010. – N 38(1). – P. 8–32.

- Kedrowski K., Sarow M.* Cancer activism: gender, media, and public policy. – Urbana ; Chicago : University of Illinois Press, 2010. – 210 p.
- Kleinman A.* The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. – New York : Basic Books, 1988. – 305 p.
- Levinas E.* Useless suffering // The provocation of Levinas: Rethinking the Other. – London : Routledge, 1988. – P. 156–167.
- Liebscher A.* Effects of battle and journey metaphors on charitable donations for cancer patients. – URL: <https://cognitivesciencesociety.org/cogsci20/papers/0613/0613.pdf> (дата обращения: 22.10.2022).
- McCartney M.* The fight is on: military metaphors for cancer may harm patients // *BMJ*. – 2014. – N 349. – DOI: 10.1136/bmj.g5155
- Metaphor, cancer and the end of life: a corpus-based study / Semino E., Demjén Z., Hardie A., Payne Sh., Rayson P. – New York ; London : Routledge, 2018. – 314 p.
- Mullan F.* Seasons of survival: reflections of a physician with cancer // *New England Journal of Medicine*. – 1985. – N 313(4). – P. 270–273.
- Nelson A.* We live in a death-denying society, and that needs to change. – URL: <https://www.mariecurie.org.uk/talkabout/articles/why-do-we-need-to-talk-more-about-dying-and-death/259787> (дата обращения: 28.10.2022).
- Papavramidou N., Papavramidis T., Demetriou T.* Ancient Greek and Greco-Roman methods in modern surgical treatment of cancer // *Annals of Surgical Oncology*. – 2010. – N 17(3). – P. 665–667.
- Perusek D.* Cancer, culture, and individual experience: public discourse and personal affliction // *Ethos*. – 2012. – Vol. 40(4). – P. 476–506.
- Reed Ch.* Projective ecologies. – Harvard : Actar, 2014. – 288 p.
- Rotherham I.D.* Recombinant ecology – A hybrid future? – London : Springer, 2017. – 110 p.
- Schultz J.E.* Valid / invalid: women's cancer narratives and the phenomenology of bodily alteration // *Tulsa studies in women's literature*. – 2013. – Vol. 32/33, N 2/1. – P. 71–87.
- Skuse A.* Constructions of cancer in early modern England. – London : Palgrave, 2015. – 229 p.
- Sontag S.* AIDS and its metaphors. – New York : Farrar, Straus and Giroux, 1988. – 96 p.
- Sontag S.* Illness as metaphor. – New York : Farrar, Straus and Giroux, 1978. – 87 p.
- Stacey J.* Teratologies: a cultural study of cancer. – London : Routledge, 1997. – 306 p.
- TED. – URL: <https://www.ted.com/search?q=cancer> (дата обращения: 28.10.2022).

References

- Dukhanina, L.N., Maksimenko, A.A. (2020). Analiz setevogo onco-diskursa trehletnei retrospektivy v domene verhnego urovnia. *Voprosy oncologii*, 66(4), 315–324.
- Silantieva, V.G., Kozhokina, A.V. (2020). Osobennosti samorepresentatsii rakovykh bol'nykh v sotsialnoi seti "Instagram". *Diskurs*, 6(6), 99–112.
- Awareness campaigns and cancer screening (Editorial). *The Lancet Oncology*, 23(7), 829.

- Brownley, M.W., Kimmick, A.D. (1999). *Women and autobiography*. Wilmington: Rowman & Littlefield.
- Broyard, A. (1992). *Intoxicated by my illness*. New York: Clarkson Potter.
- Buckman, R. (1996). *What you really need to know about cancer: a comprehensive guide for patients and their families*. Baltimore and London: The John Hopkins University Press.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Code, L. (2006). *Ecological thinking: the politics of epistemic location*. Oxford: Oxford University Press.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388.
- Ehrenreich, B. (2009). *Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America*. New York: Metropolitan Books.
- Frank, A. (2013). *The wounded storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hewitt, M. et al. (eds.). (2006). *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. Washington: The National Academies Press. DOI: <https://doi.org/10.17226/11468>
- Giroux, L. (1998). *Taking the lead: dancing with chronic illness*. Kelowna: Northstone.
- Guattari, F. (2008). *The three ecologies*. London: Continuum.
- Holland, J., Sheldon, L. (2001). *The human side of cancer: living with hope, coping with uncertainty*. New York: Harper Perennial.
- Hudley, C.A., Mallinson, C., Bucholtz, M. (2020). Toward racial justice in linguistics: Interdisciplinary insights into theorizing race in the discipline and diversifying the profession. *Language*, 96(4), 200–235.
- Kastenbaum, R. (2004). *On our way. The final passage through life and death*. Los Angeles: University of California Press.
- Kaufman, Sh. (2010). Regarding the rise in autism: Vaccine safety doubt, conditions of inquiry, and the shape of freedom. *Ethos*, 38(1), 8–32.
- Kedrowski, K., Sarow, M. (2010). *Cancer activism: Gender, media, and public policy*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Levinas, E. (1988). Useless suffering. *The provocation of Levinas: Rethinking the Other* (pp. 156–167). London: Routledge.
- Liebscher, A. *Effects of battle and journey metaphors on charitable donations for cancer patients*. Retrieved from: <https://cognitivesciencesociety.org/cogsci20/papers/0613/0613.pdf>
- McCartney, M. (2014). The fight is on: military metaphors for cancer may harm patients. *BMJ*, 349. DOI: 10.1136/bmj.g5155
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313(4), 270–273.
- Nelson, A. *We live in a death-denying society, and that needs to change*. Retrieved from: <https://www.mariecurie.org.uk/talkabout/articles/why-do-we-need-to-talk-more-about-dying-and-death/259787>

- Papavramidou, N., Papavramidis, T., Demetriou, T. (2010). Ancient Greek and Greco-Roman methods in modern surgical treatment of cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 17(3), 665–667.
- Perusek, D. (2012). Cancer, culture, and individual experience: Public discourse and personal affliction. *Ethos*, 40(4), 476–506.
- Reed, Ch. (2014). *Projective ecologies*. Harvard: Actar.
- Rotherham, I.D. (2017). *Recombinant ecology – A hybrid future?* London: Springer.
- Schultz, J.E. (2013). Valid / invalid: women's cancer narratives and the phenomenology of bodily alteration. *Tulsa studies in women's literature*, 32/33(2/1), 71–87.
- Semino, E., Demjén, Z., Hardie, A., Payne, Sh., Rayson, P. (2018). *Metaphor, cancer and the end of life: a corpus-based study*. New York and London: Routledge.
- Skuse, A. (2015). *Constructions of cancer in early modern England*. London: Palgrave.
- Sontag, S. (1988). *AIDS and its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Sontag, S. (1978). *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Stacey, J. (1997). *Teratologies: a cultural study of cancer*. London: Routledge.
- TED. Retrieved from: <https://www.ted.com/search?q=cancer>