

php?p=4911&sid=1564cff246c1b72bfe5e1d6376cdb359>. – Дата доступа: 26.12.2012.

5. Исследовательский проект «Ваше мнение» [Электронный ресурс] / Раздел «Пuls города». – Режим доступа: <http://socopros.by/otkrytye-oprosy/>. – Дата доступа: 26.12.2012.
6. Велев, П. Города будущего / П. Велев; пер. с болг. С.Д. Ланской; под ред. А.Э. Гутнова. – М.: Стройиздат, 1985. – 160 с., ил.

SUMMARY

The article presents the results of empirical analy-

sis of the relationship of Minsk residents to the main provisions of the General Development Plan of Minsk. The citizens' perception of the town planning ideas is analyzed in the context of social expectations. The rating of the most demanded objects which, according to citizens' opinion have to appear in the capital of the Republic of Belarus is built.

Поступила в редакцию 14.01.2013 г.

УДК 316.25:61

С.П. Романова,

кандидат социологических наук, доцент кафедры экономической социологии ИСТО БГЭУ

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ФЕНОМЕНОВ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОЙ ЗАПАДНОЙ СОЦИОЛОГИИ

Болезненное состояние тела человека – такая привычная, распространенная и одновременно неприятная составляющая нашей жизни. Первое, что приходит на ум, когда мы начинаем рассуждать о природе и происхождении наших недугов, так это то, что болезнь – нечто физическое, имеющее отношение к материальному аспекту существования человека. И возможности социологии в понимании феноменов здоровья и болезни в таком случае представляются довольно ограниченными. Однако вопреки доминированию в современном мире биомедицинской модели здоровья тела человека, социологи уже не одно десятилетие изучают природу таких феноменов, как человеческое здоровье и болезнь, доказывая, что внимание к ним – удел не только медицины, но и общественных наук. Существует так называемое «социальное» измерение состояния тела человека, ставшее предметом изучения социологии здоровья и болезни, в рамках которой в современной западной социологии лучше всего разработаны пять подходов: *функционализм, политэкономия, постмодернизм, символический интеракционизм и феминизм*.

Функционалистский подход в исследовании феноменов здоровья и болезни берет начало из работ американского социолога Т. Парсонса, который начал писать о физическом состоянии тела человека в начале 1950-х гг., когда лишь отдельные социологи уделяли хоть какое-то внимание понятиям «здоровье» и «болезнь» как социальным феноменам. Т. Парсонс, утверждавший, что все социальные действия могут быть поняты исходя из того, способствуют они или нет эффективному функционированию общества, доказал, что даже бесспорно биологические аспекты име-

ют параллельное «существование» в социальной жизни и могут быть рассмотрены под особым углом зрения социологии. Следуя рассуждениям Т. Парсонса, можно утверждать, что когда человек болен, он не способен нормально выполнять свои социальные роли. Поэтому наилучший способ понять болезнь социологически – это рассматривать ее как форму девиации, которая нарушает функционирование общества точно так же, как это делает, например, преступление. При этом для поддержания равновесия социальной системы в целом и отдельных ее частей болезнь, как и преступление или любую другую форму девиации, необходимо определенным образом контролировать, а самому девианту необходимо помочь вернуться в нормальное состояние.

В работе «Социальная система» [13] Парсонс выдвинул одну из самых известных концепций здоровья и болезни в социологии – концепцию «роли больного». Быть больным значит, обладая физическими аномалиями и соответствующим социально признанным статусом, выполнять роль больного, заданную культурой в виде прав и обязанностей. В современных западных обществах такая роль включает четыре элемента, два из которых – это права, а другие два – это обязанности.

По мнению Т. Парсонса, права роли больного полностью зависят от того, как больной человек выполняет соответствующие обязанности – если он этого не делает, его заболевание не считается законным, а он сам воспринимается как нечестно присвоивший себе роль больного. Предположив, что болезнь – это всего лишь одна из форм девиации, которая может быть вредна для общества, Т. Парсонс расширил понятие болезни, включив в анализ его

социальное измерение. Быть больным – значит иметь не только физическую, но и социальную аномалию, а сама болезнь является девиантной и опасной для общества, следовательно, ее следует контролировать. Роль же больного обеспечивает способ, которым общество может справиться с девиацией и вернуть людей к их нормальной модели функционирования, которая приносит обществу пользу.

Идеи структурного функционализма Т. Парсонса получили широкое распространение в западной социологии медицины в 1960–1980-е гг. Они развивались в различных направлениях отдельными авторами, использовались в качестве теоретико-методологической основы для прикладных социологических исследований. Так, Э. Фриедсон в работе «Медицинская профессия: изучение социологии прикладного знания» [9] дополнил идеи Т. Парсонса моделью легитимации роли больного и понятием «обращения к непрофессионалам по вопросам здоровья». Э. Фриедсон утверждал, что прежде, чем человек обращается к врачам за диагностикой заболевания и его лечением, он использует сложный набор «непрофессиональных обращений». Другими словами, больной человек сначала консультируется с другими людьми, близкими для него, по вопросам своей болезни и значимости тех или иных симптомов, по возможным вариантам лечения и наличия/отсутствия у них опыта лечения подобных заболеваний. При этом другие люди, не имеющие статуса медицинских работников, являются крайне значимыми для принятия решения о том, может ли человек получить роль больного или нет, стоит или нет обращаться за профессиональной помощью.

Э. Фриедсон предложил рассматривать значимость других людей для принятия решения о том, может ли человек получить роль больного или нет, исходя из трех возможных сценариев развития процесса, который он назвал «процессом узаконивания». В первом случае социально и медицински признается, что человек имеет заболевание, при котором можно выздороветь, и человек получает гарантированный доступ к роли больного. Во втором случае и для социального окружения, и для врачей очевидным является тот факт, что человек страдает от долговременных симптомов заболевания или даже находится при смерти, при этом выздоровление маловероятно или практически полностью исключено. Фактически со стороны именно социального окружения происходит «отказ в узаконивании» роли больного и, как следствие, непредоставление человеку соответствующих прав роли больного.

Дж. Скамблер и Д. Крейг в статье «Родственные и дружеские сообщества и потребность женщин в первой помощи» [16] привели

результаты своего эмпирического социологического исследования, фактически подтвердившего идеи, высказанные Т. Парсонсом и Э. Фриедсоном. Они наглядно показали, что существует большое количество болезней, которые просто игнорируются людьми и не определяются как болезни, а соотношение консультаций с «авторитетами из окружения» и с профессиональными врачами может достигать 10:1. Здесь уместно вспомнить американского социолога Р. Мертон, утверждавшего, что в обществе существуют разнообразные функциональные «эквиваленты или заместители» – социальные элементы, способные в определенной ситуации удовлетворять одно и то же функциональное требование системы.

Х. Вэйтскин в статье «Латентные функции роли больного в различных институциональных условиях» [17], применяя несколько видоизмененную версию функционалистской теории, показал аналитические возможности концепции «роли больного» в изучении шести отдельных подсистем общества: семья, психиатрическая больница, тюрьма, тоталитарное государство, вооруженные силы и воинские части. Х. Вэйтскин в русле теории явных и латентных функций Э. Мертона доказывал, что в каждой из обозначенных сфер жизни присутствуют вариации определения и функционирования роли больного, предполагающие различные уровни «терпимости» социальной системы по отношению к девиациям, проявляющимся в процессе признания статуса больного и при предоставлении ему соответствующих прав.

К. Сафулиос-Росчайлд в работе «Социология и социальная психология инвалидности и реабилитации» [15] в русле идей классического структурного функционализма показал положение в обществе нетрудоспособных людей, имеющих инвалидность или хронические заболевания. Им была разработана концепция «роли реабилитации», описывающая процесс обучения, приспособления и психологической адаптации людей к жизни в обществе в статусе «человек с ограничениями по здоровью». Социальная система, сталкиваясь с подобными девиантами, формирует «систему перевода» этих людей в нормативное состояние, которая охватывает правовые, социокультурные, экономические и многие другие аспекты. Все это достигается посредством максимизации имеющихся у больных людей физических и психологических возможностей при тесном сотрудничестве в процессе реабилитации с представителями медицинских профессий.

Рассмотренное функционалистское направление в анализе феноменов болезни и здоровья с самого начала своего возникновения и использования в социологии медицины довольно активно начало критиковаться пред-

ставителями других подходов. В рамках **политэкономического направления**, например, утверждается, что взаимоотношения пациента и врача, больного и окружающего его социума гораздо правдоподобнее изображать как сферу постоянных конфликтов, противоречий и разногласий, связанных с неравным распределением в обществе власти и ресурсов. Политэкономическое направление, имея марксистские корни, доказывает, что медицина связана с феноменом социального контроля, поскольку она используется властными группами для определения границ нормы, девиации и укрепления социального порядка.

В. Наварро в русле политэкономических идей в своей работе «Кризис, здоровье и медицина» [12] утверждал, что капитализм получает прямую выгоду от медицины тремя основными способами. Во-первых, медицина снабжает рынок труда здоровой рабочей силой, гарантируя, что население будет здоровым настолько, чтобы вносить свой вклад в функционирование экономической системы, работая в офисах и на предприятиях, производя прибавочную стоимость для правящего класса. Определение здоровья и болезни при этом непосредственно связано со способностью людей полноценно производить блага и услуги: здоровый человек – это тот, кто трудоспособен и, следовательно, полезен капитализму.

Во-вторых, медицина выполняет идеологическую функцию, скрывая различия в здоровье представителей разных классов, полов и национальностей, которые вызваны неравенством благосостояния, дохода, различиями в условиях труда и отдыха. При этом медицину в целом *В. Наварро* предлагает оценить как неэффективную, с точки зрения обеспечения всего населения одинаково качественными и доступными услугами. Развитие и обеспечение медицины поддерживается капитализмом, поскольку она является ключевым способом деполитизации изначально взрывоопасной ситуации социального неравенства и несправедливости – ситуации эксплуатации здоровья масс людей, его «конвертации» в экономические ресурсы для меньшинства, находящегося на вершине социальной иерархии.

В-третьих, распространение в обществе биомедицинской модели человеческого здоровья, фактическое подавление и юридическое уничтожение всех «конкурентов» официальной медицины стимулируют массовое потребление высоко прибыльных медицинских товаров, услуг и технологий. Следовательно, капитализм не только создает условия для плохого здоровья, но он также получает выгоду из попытки вылечить это самое плохое здоровье.

Л. Доял и *А. Пеннелл* в книге «Политическая экономия здоровья» [5] утверждали, что

здоровье человека при капитализме – заложник развития экономики, в которой показное внимание к болезням не направлено на борьбу с ними, а лишь маскирует стремление собственников к получению любой ценой сверхприбыли. По мнению марксистов *Дояла* и *Пеннела*, «... Люди “умирают от работы” не только потому, что она является вредной или опасной ... но и потому, что она, по сути, “убивает”» [5, р. 36].

Политэкономическое направление долгое время было очень влиятельным в западной социологии здоровья и медицины, но оно получило многочисленные критические замечания. Кроме того, бесспорно слабой стороной политэкономии является ее неспособность к описанию всего разнообразия моделей развития с точки зрения стандартов здоровья и социального обеспечения, реализованных в современных обществах.

Прогресс в медицине и общее повышение уровня жизни человеческой популяции во второй половине XX в. породили веру в то, что современное общество быстро движется в направлении обеспечения большинства людей здоровой, качественной, продолжительной и вполне предсказуемой жизнью. В результате мы наблюдаем усиление направленности людей на планирование своей жизни, включение в конструирование «социального Я» и в структуру самоидентичности личности в качестве значимых тех или иных характеристик здоровья. Именно **постмодернистский подход** в социологии стал, с одной стороны, наиболее активно выражать позитивную оценку развития современной медицины, указывая на успехи, приведшие к увеличению периода продуктивной жизни людей и улучшению их здоровья. С другой стороны, в рамках данного подхода ряд западных исследователей наиболее четко заострили внимание на внутреннем мире человека, меняющемся в ходе процессов, происходящих с его «биологической оболочкой» в эпоху глобальных социальных трансформаций.

Так, *Г. Уильямс* в статье «Генезис хронического заболевания: нарративная перестройка» [18] наглядно в ходе серии социологических исследований показал, как современные люди с неизлечимыми недугами переживают процесс реконструкции сознания, формирующий у них ощущение внутренней гармонии и внешней логичности событий, которые «вписывают» болезнь в контекст их жизни. Такой процесс *Уильямс* назвал «нарративной перестройкой», благодаря нему у человека появляется объяснение или изложение того, как он получил болезнь – это своего рода механизм придания смысла болезни и помещения ее в контекст жизни человека. Нарративная перестройка используется для восстановления разрыва между телом, личностью и внешним

миром, соединения разрозненных в результате болезни элементов биографии человека – его прошлого, настоящего и будущего.

М. Бэри в книге «Здоровье и болезнь в изменяющемся обществе» [2] в русле постмодернистского подхода описал процесс «биографического разрушения» человека (изменения его идентичности), вызванного серьезной болезнью. *М. Бэри* доказывал, что хронические заболевания, возрастные изменения и особенности физического состояния организма сегодня как никогда выступают в качестве разрушительной силы в жизни людей, являясь сложно преодолимым обстоятельством, вынуждающим их пересматривать свою жизнь, свои тела. Приход болезни не только изменяет восприятие людьми их жизни и тела, происходит серьезное разрушение многих социальных связей, ограничивается физическая активность, возникают экономические проблемы. И чем больше заболевший человек может удержать или собрать заново своих ресурсов, тем более вероятно, что они укрепят у него позитивное представление о теле, а сам человек будет способен продолжать жить и дальше «нормальной» жизнью.

Символический интеракционизм, будучи, возможно, наиболее влиятельным теоретическим подходом в современной западной социологии здоровья и болезни, сместил акцент во внимании исследователей на процессы, связанные с принятием людьми решения об обращении за помощью к медикам, на взаимодействие между больными и врачами, на восприятие человеком себя в статусе больного. Интеракционисты чаще всего отрицают представление о том, что заболевание является прямым результатом определенной формы патологического процесса в организме человека, считая болезнь формой социальной девиации, результатом социальных определений, или ярлыков, навешиваемых на одних людей другими.

В русле символического интеракционизма *К. Розенберг* в статье «Болезнь в истории: структуры и создатели структур» [14] данную мысль сформулировал следующим образом: «Болезнь не существует как социальный феномен до тех пор, пока он каким-то образом не воспринят как существующий» [14, р. 2]. *Д. Каррикабуру* и *Дж. Пиаре* в статье «От биографического разрушения к биографическому укреплению» [3] доказывали необходимость для понимания феномена болезни учета как особенностей восприятия самим человеком болезни, так и его социально-демографических свойств и в особенности внешних средовых условий, в которых он находится. Эмпирическое исследование, проведенное *Д. Каррикабуру* и *Дж. Пиаре* среди ВИЧ-инфицированных мужчин, показало, что то, как человек реагирует на болезнь, не является исключительно индивиду-

альной характеристикой, а отражает его членство в определенной группе, принятые в ней нормы, ценности и поддерживаемые ею в своих членах стандарты мышления и поведения.

Еще одну область исследований интеракционистов – непосредственное поведение больного – *Д. Меченик* в работе «Медицинская социология» [11] определил как способ, которым симптомы воспринимаются, оцениваются и кладутся в основу поведения человека, ощущающего какие-то дисфункции организма. Первый момент, приведенный в качестве аргумента внешней обусловленности самоощущения человека себя как больного или здорового, состоит в том, что подавляющее большинство людей, которые чувствуют себя «нехорошо», не посещает врача. *П. Фрейд* и *М. МакГуэр* в работе «Здоровье, болезнь и социальное тело: критическая социология» [8] обозначили данный феномен термином «айсберг заболеваемости», ссылаясь на тот факт, что люди на самом деле болеют гораздо чаще, чем это известно врачам, однако решение о том, обратиться к специалисту или нет, принимается не только с опорой на симптомы заболевания, но и на основе предположений относительно реакции окружающих на факт «претензии» человека на статус больного.

М. Беккер, *Д. Хайфнер* и *С. Касл* в работе «Выбираемые психологические модели и их соотношение с индивидуальным поведением, связанным со здоровьем» [1] представили модель формирования у человека «веры в здоровье» в зависимости от степени влияния различных факторов на привлекательность статуса больного или здорового. К таким факторам *М. Беккер*, *Д. Хайфнер* и *С. Касл* прежде всего отнесли субъективные сравнительные оценки индивидом степени наносимого вреда, с одной стороны, его телу самим заболеванием, вмешательством медицинских работников и предлагаемыми ими методами лечения, а с другой – его социальному статусу в зависимости от «качества» выполнения соответствующих социальных ролей больного или здорового. Кроме того, исследователи указывали на комплекс «модифицирующих и разрешающих факторов», включающих такие моменты, как возраст человека, возможные затраты на лечение (финансовые, социальные и физические), отношение медицинских работников к определенным категориям больных, рекомендации социально значимых людей относительно необходимости и возможности обращения за профессиональной медицинской помощью со всеми вытекающими из нее последствиями.

Таким образом, суть интеракционистского подхода к рассмотрению феноменов здоровья и болезни состоит в том, чтобы изучать в комплексе медицинские и социальные факторы,

обусловливающие взаимосвязь между индивидом, его восприятием здоровья и болезни, медработниками и людьми из круга «значимых других».

В современной западной социологии крайне популярным сегодня стал **феминистский подход**, в рамках которого сформировалось как минимум три направления в исследовании социальных аспектов здоровья и болезней – либеральный, социалистический и радикальный.

Представители *либерального феминистского подхода* сосредотачивают свое внимание преимущественно на проблеме неравенства между мужчинами и женщинами в показателях здоровья и уровня заболеваемости. Объяснение данных различий в здоровье мужчин и женщин строится исходя из неравного распределения между ними в обществе материальных ресурсов и статусных позиций, а также исходя приписываемых и, как следствие, выполняемых мужчинами и женщинами разных социальных ролей. С точки зрения данного направления, как только будет достигнуто в обществе равенство экономического и социального статуса мужчин и женщин, произойдет сближение показателей их заболеваемости и стандартов их здоровья, что, в свою очередь, приведет к снижению общего уровня дискриминации женщин во всех ключевых сферах общественной жизни.

Социалистическое направление феминизма соединяет марксистские и феминистские идеи, подчеркивая изначальную невозможность какого-либо принципиального изменения ролей мужчин и женщин в рамках капиталистического патриархального общества. Оба пола смогут действительно получить равные статусы и роли в обществе только в результате фундаментального изменения самой природы экономической системы и после радикальной революционной замены капитализма социализмом.

Л. Доял, будучи активисткой социалистического направления феминизма, в своей работе «Что делает женщин больными» [4] утверждала, что именно система здравоохранения поддерживает патриархат и неравенство, эксплуатируя здоровье женщин во всех сферах их жизни, делая его максимально «функциональным» для капитализма. *Л. Доял* уверена, что именно медицина в капиталистическом обществе задает специфические акценты в том, как определяется здоровье женщин. Это происходит по трем ключевым направлениям: 1) исходя из физической способности женщин воспроизводить все новые и новые поколения работников; 2) исходя из способности женщин выполнять домашние обязанности, необходимые для существования домашнего хозяйства; 3) исходя из способности женщин действовать как

«резервная армия труда», когда экономике требуются дополнительные работники.

Капиталистическое общество формирует и поддерживает в обществе набор ценностей и стереотипов мышления, связанных с представлениями о «нормальной» физической активности и внешнем облике человека. Подобные ценности и стереотипы «ломают», «извращают» восприятие людьми естественного состояния их тела и психики, и делают они это наиболее жестоко с природной сущностью женщин. С одной стороны, женщина должна рожать и растить детей, с другой – соответствовать нереальным эталонам красоты и следовать стилю жизни, слабо совместимым с ее репродуктивной функцией.

Кроме того, капиталистическое общество породило феномен, который *Л. Доял* назвала «двойным днем», именно он является сегодня основной причиной ухудшения здоровья женщин. Речь идет о том, что от современных женщин ожидается, что они активно должны быть задействованы на рынке труда, работая вне дома, и при этом на них по-прежнему возлагается основная ответственность за выполнение практически всей домашней работы. Такая «перегрузка» не может не сказываться негативно на состоянии здоровья женщин, а если вспомнить, что отдача (экономическая, властная, статусная и т. д.) от трудовой деятельности женщин крайне невысока, а ее результативность оценивается значительно ниже, чем у мужчин, становится еще более очевидным эксплуататорское отношение капиталистического общества к женщинам.

Радикальный феминизм, рассматривая в качестве гендерного базиса общества эксплуатацию и подавление женщин мужчинами, опирается на позицию, которая известна как эссенциализм. По мнению представителей данного направления феминизма, достижение женщинами равных прав с мужчинами или тотальное уничтожение капитализма как системы сами по себе не принесут никакой реальной выгоды женщинам. Прежде всего, как утверждается в рамках радикального феминизма, следует формировать вектор развития общества в направлении освобождения женщин от авторитарного патриархального вмешательства медицины в их естественное существование.

Так, *Х. Грэхем* и *А. Оуклей* в статье «Конкурирующие идеологии воспроизводства: медицинские и материнские взгляды на беременность» [10] показали различные образы, или «системы референций», беременности и рождения детей у современных врачей (обладающих властью профессионалов) и женщин-пациенток (зависимых от врачей). Врачи-гинекологи, среди которых немало мужчин, придерживаются позиции экспертного доминирования по

отношению к пациенткам, фактически монополизируя контроль за естественным процессом деторождения, юридическим образом закрепляя, что они и только они имеют право принимать ключевые решения о том как, где и при каких обстоятельствах должны рождаться дети.

Дж. Эхренрейч в работе «Культурный кризис современной медицины» [7] представил понимание того, каким образом патриархальная медицина скрывает социальные причины ухудшения состояния здоровья женщин, поскольку использует скорее индивидуалистическую схему объяснения происхождения болезней, нежели указывает на общие проблемы, с которыми сталкиваются женщины, имеющие общие социальные характеристики в том или ином обществе. А Б. Эхренрейч и Д. Инглиш в статье «Больные женщины высших классов» [6] также в русле идей радикального феминизма утверждали, что видимая нейтральность научной медицины в действительности содержит сильно выраженный аспект социального контроля, это своего рода комплекс «социальных посланий».

Следовательно, существование в рамках феминистского подхода различных теоретических направлений является свидетельством отсутствия среди исследователей-феминистов единой позиции относительно того, что следует считать социальными причинами неравенства между мужчинами и женщинами в показателях здоровья и заболеваемости. В ряде случаев сложно не согласиться с оппонентами защитников прав женщин в том, что как раз характеристики здоровья и заболеваемости мужчин в современном мире нередко «играют против» феминизма.

Таким образом, изучив множество социологических определений здоровья и болезни, ознакомившись с результатами различных эмпирических исследований, направленных на выявление ключевых характеристик восприятия современными людьми состояния своего физического тела, мы обозначили основные теоретические направления, которые сформировались в современной западной социологии здоровья и болезни. Они представляют собой очень различающиеся, а зачастую и противоречащие друг другу концептуальные позиции, демонстрируя тем самым неоднозначность оценки людьми эффективности и пользы медицины в современном обществе при решении вопросов, связанных с человеческим здоровьем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Becker, M.H. Selected psychological models and correlates of individual health-related behaviours / M.H. Becker, D.P. Haefner, S.V. Kasl et al. // *Medical Care*. – Vol. 15. № 5. Suppl. 1977. – P. 27–46.
2. Bury, M. Health and Illness in a Changing Society / M. Bury. – London: Routledge, 1997.
3. Carricaburu, D. From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men / D. Carricaburu, J. Pierret // *Sociology of Health and Illness*. – Vol. 17. 1995. – P. 65–88.
4. Doyal, L. What Makes Women Sick / L. Doyal. – London: Macmillan, 1995.
5. Doyal, L. The Political Economy of Health / L. Doyal, I. Pennell. – London: Pluto Press, 1979.
6. Ehrenreich, B. The «Sick Women of the Upper Classes» / B. Ehrenreich, D. English // J. Ehrenreich (ed.) *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. – London: Monthly Review Press, 1978.
7. Ehrenreich, J. *The Cultural Crisis of Modern Medicine* / J. Ehrenreich. – London: Monthly Review Press, 1978.
8. Freud, P.E.S. Health, Illness and the Social Body: A Critical Sociology / P.E.S. Freud, M.B. McGuire. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991.
9. Friedson, E. *Profession of Medicine: A Study of Sociology of Applied Knowledge* / E. Friedson. – New York: Harper Row, 1970.
10. Graham, H. Competing ideologies of reproduction: medical and maternal perspectives on pregnancy / H. Graham, A. Oakley // Currer, C., Stacey, M. (eds.) *Concepts of health, Illness and Disease: A Comparative Perspective*. – Leamington Spa: Berg, 1986.
11. Mechanic, D. *Medical Sociology* / D. Mechanic. – New York: Free Press, 1968.
12. Navarro, V. *Crisis, Health and Medicine* / V. Navarro. – London: Tavistock, 1986.
13. Parsons, T. *Social System* / T. Parsons. – New York: Free Press, 1951.
14. Rosenberg, C. Disease in history: frames and framers / C. Rosenberg // *Millbank Quarterly*. № 67. Suppl. 1989. – P. 1–15.
15. Safilios-Roschild, C. *The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation* / C. Safilios-Roschild. – New York: Random House, 1970.
16. Scambler, G. Kinship and friendship networks and women's demand for primary care / G. Scambler, D. Craig // *Journal of the Royal College of General Practitioners* – 1981. – Vol. 26. – P. 746–750.
17. Waitzkin, H. Latent functions of the sick role in various institutional settings / H. Waitzkin // *Social Science and Medicine*. – 1971. – Vol. 5. – P. 45–75.
18. Williams, G. The genesis of chronic illness: narrative reconstruction / G. Williams // *Sociology of Health and Illness*. – 1984. – Vol. 6. – P. 175–200.

SUMMARY

The article examines the main theoretical approaches to the phenomena of illness and health, developed in contemporary American and European sociology: functionalism, political economy, postmodernism, interactionism and feminism.

Поступила в редакцию 12.12.2012 г.