

DOI: 10.12731/2218-7405-2013-9-92

УДК 316.624.3

ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИЙСКИХ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ: ПРОБЛЕМЫ РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ

Темаев Т.В., Финаева А.Г.

Цель: выделить возрастные группы осужденных на отбывание наказания в местах лишения свободы, ускользающие от ресоциализационного процесса в рамках исправительного учреждения по причинам, связанным с различного рода заболеваниями.

Метод проведения работы: качественные исследования (глубинное интервью), методология двойной рефлексивности.

Результаты: На основе применения качественной методологии обозначены основные проблемы процесса лечения в рамках исправительного учреждения, связанные с недоверием осужденных к медперсоналу диагностики и методам. В противовес традиционным представлениям показано отсутствие группы пожилых осужденных в списке лиц, страдающих наиболее распространенными в исправительных учреждениях заболеваниями, такими как туберкулез, гепатит, ВИЧ, онкология, что никак не влияет на процессы исправления и перевоспитания осужденных третьего возраста.

Область применения результатов: пенитенциарная социология, социология пенитенциарной и постпенитенциарной ресоциализации.

Ключевые слова: преступность, осужденный, исправительное учреждение, ресоциализация, пожилые люди, социальная адаптация, здоровье, здравоохранение, качественная методология.

HEALTH AND PUBLIC HEALTH SERVICES IN THE RUSSIAN PRISONS: PROBLEMS RESOCIALIZATION

Temaev T.V., Finaeva A.G.

Purpose: allocation of age groups condemned on serving punishment in the places of imprisonment escaping from process of resocialization within the limits of correctional facility for the reasons, connected with a various sort diseases and their treatment.

Methodology: qualitative investigation (deep interview), double reflection methodology.

Results: In work the basic problems of process of treatment within the limits of correctional facility, connected with mistrust condemned to medical staff of diagnostics and methods are designated. In a counterbalance of traditional representations is shown absence of group of the elderly persons condemned in the list, suffering by the diseases most widespread in corrective establishments, such as a tuberculosis, a hepatitis, a HIV, oncology, that not influence in any way processes of correction and re-education condemned the third age.

Practical implications: penitential sociology, sociology penitential and postpenitential resocialization.

Keywords: the criminality, condemned, correctional facility, resocialization, social adaptation, older persons, health, public health services, qualitative methodology.

...говорят, не дадим здесь сдохнуть.

За забор выйдешь – там сдыхай, хоть у ворот.

Из интервью с пожилым осужденным

Обращаясь к анализу различных сфер жизнедеятельности человека, в том числе и к тюремной, необходимо понимать, что отягощение каким-либо

заболеванием, концентрирует всю его повседневность вокруг борьбы с ним посредством лечения или терпения, что, безусловно, исключает его, как минимум частично, из общих мероприятий профессионального, семейного, дружеского и других характеров. В данной связи, изучение тюремных практик больного человека является значимым звеном в исследовании функций исполнительной системы в целом.

С точки зрения П. Бергера и Т. Лукмана, рецептом успешной трансформации личности является наличие «...эффективной вероятностной структуры, то есть социального базиса, служащего «лабораторией» для трансформации» [1]. Данные условия, в современное время, соблюдаются в полной мере в, так называемых, карцерных организациях. М. Фуко, анализируя процессы наказания и исправления, приходит к выводу о том, что самой адекватной формой наказания является тюрьма, которая полностью соответствует потребностям общества, а именно – подчинение индивида власти посредством дисциплины «заточая, исправляя и делая послушными, она просто чуть более акцентировано воспроизводит все те механизмы, что уже присутствуют в теле общества» [2], так как в их основе имеется «лаборатория» с дисциплинарными механизмами корректирующая повседневность индивида и/или группы. Осужденный на отбывание наказания в местах лишения свободы, имеющий проблемы со здоровьем, не в состоянии участвовать в мероприятиях ресоциализационного характера частично или полностью, является, по сути, пациентом лечебного учреждения, что, бесспорно, актуализирует исследование практик пенитенциарного здравоохранения.

Задачей данной статьи является социологический анализ проблемных зон здоровья и здравоохранения лиц, осужденных на отбывание наказания в местах лишения свободы различного возраста и их влияния на процессы ресоциализации. В качестве первоначальной гипотезы исследования выступало представление о том, что заболевания осужденных являются значимыми

индикаторами их социальной характеристики, не влияющими на процессы исправления и перевоспитания.

Разработка программы исследования, постановка исследовательских задач и гипотез, подготовка инструментария, сбор и анализ материала, а также работа над статьей проводилась по методологии «двойной рефлексивности» (N = 32, 2007 – 2012 гг.)^{*}. Концепция двойной рефлексивности связывает теоретические категории качественного исследования и качественно-количественного интерфейса со стратегиями полевого исследования интерактивного типа, которому присущи вживание, глубинные интервью, а также коллективная интеллектуальная поддержка в режиме «длинного стола» [3]. Количество респондентов обусловлено особенностью достижимости объекта и классификацией по «срокам» отбывания наказания в местах лишения свободы, насыщением кодировочных категорий (интервью с новыми респондентами не дают исследователю нового понимания для раскрытия темы). В качестве респондентов выступали сотрудники девяти исправительных учреждений г. Саратова и области, осужденные предпенсионного и пожилого возрастов (42-73 лет) семи исправительных учреждений (ИУ). В качестве экспертов в исследовании выступили три инспектора по социальной работе двух исправительных учреждений и два сотрудника из сферы пенитенциарного здравоохранения^{**}.

Все интервью с осужденными проводились на территории исправительного учреждения, в отдельном помещении в присутствии сотрудника учреждения. Ввиду специфичности респондентов интервью имели различную длительность и содержание: 30-50 мин., в среднем по 40 мин. При транскрипции авторы статьи старались сохранить специфику «естественного словаря» [4] респондентов (ненормативная лексика в статье не использовалась,

^{*} Исследование было проведено при кафедре социологии Саратовского государственного технического университета имени Гагарина Ю.А.: руководитель «длинного стола» — к.соц.н. Т.В.Темаев; участники – аспирант Е.Е. Лукин, аспирантка А.Г. Финаева.

^{**} Особую благодарность хотелось бы выразить священнику Сергию Выгодину за помощь и сотрудничество в проведении настоящего исследования.

«тюремный» жаргон пояснялся). В процессе вербальной коммуникации сведен к минимуму отмеченный Г. Батыгиным «эффект смысловых ножниц» и «семиотический вакуум», вызванный несовпадением фокусов речи [5].

Как справедливо отмечает А. Кононец, к основным заболеваниям в рамках ИУ можно отнести лечение туберкулеза и увеличение количества ВИЧ-инфицированного спецконтингента [6]. В данных направлениях медицинскими работниками достигнуты различные результаты – за последние 10 лет, например, более чем в 2,5 раза уменьшилась смертность от туберкулеза, но зарегистрирован рост количества ВИЧ-инфицированных (около 48 тысяч) [7]. Со слов наших экспертов, данные направления в области здравоохранения в рамках ИУ остаются наиболее актуальными и сегодня:

И.: Какие наиболее распространенные заболевания в ИУ Вы могли бы выделить?

Р.: Заболевания в основном это туберкулез, ВИЧ, а также - гепатит, онкология, инсульты, психические заболевания. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 1, сентябрь, 2010).

Согласно Уголовно-исполнительному кодексу РФ, для содержания осужденных, больных активными формами туберкулеза, предусмотрены специальные учреждения, называемые лечебными ИУ [8], в рамках которых протекает лечение осужденных, как правило, и от других заболеваний тоже. Туберкулез, действительно, имеет широкое распространение в данной среде, где осужденные содержатся большими группами в плохо проветриваемых помещениях, но данный фактор, среди причин заболеваемости, не является значимым – эксперты подчеркивают его социальные корни:

Р.: В целом по области (Саратовской) туберкулезом болеют 14 тыс. осужденных, из них половина находится на койках, хроников человек пять. Болезнь, на мой взгляд, носит социальный характер. Например, 25% больных туберкулезом заболело на 1 полугодии пребывания в ИУ, еще 25% - на втором. Только при перемещении осужденных, а это так или иначе стрессовая для них ситуация, заболело туберкулезом 10 человек в течении первого года. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 1, сентябрь, 2010).

Р.: Причина-то вообще в социальном статусе человека, а не то, что они... Дело в чем, они освобождаются, они же там не лечатся. У них проблема социально-бытового характера. У них нет прописки, у них нет страхового полиса, их не принимают в поликлинике. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 2, декабрь, 2007).

Действительно, причины заболевания туберкулезом носят социальный характер, и одна из них – маргинальность осужденного как в «дотюремный» период, так и «посттюремный». Непременными атрибутами маргинальности являются такие социальные факторы, как бедность и безработица, социально-экономическая нестабильность, социальные конфликты. По утверждению Е. Садкова, «...мировому опыту известно, что маргинализация усиливает рост не только жертв алкоголизма, но и количество правонарушений, совершенных на его почве, характерно также, что безработный, нарушивший закон, в 73% случаев бывает осужден повторно...» [9]. По данным зарубежных авторов, пожилые бездомные среди причин бездомности указывали на собственную маргинальность, а именно: наркотическую зависимость, злоупотребление алкоголем и/или наличие тяжелых заболеваний [10]. Помимо этих причин, туберкулез занимает основное место по распространенности в ИУ из-за отсутствия желания лечиться, особенно, в молодом возрасте. При этом, осужденные предпенсионного и пожилого возрастов, напротив, демонстрируют такое желание, так как у них действительно плохое состояние здоровья, многие из них сожалеют о том, что не «подлечились» в молодости, так как сейчас чувствовали бы себя лучше.

К одной из основных причин нежелания лечиться в рамках ИУ, причем всех возрастных групп, относится недоверие к медицинскому персоналу со стороны осужденных, что подтверждается самими сотрудниками лечебных учреждений:

Р.: Они считают, что мы проводим над ними эксперименты. Что мы их умерщвляем. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 2, декабрь, 2007).

С точки же зрения осужденных, в рамках исправительного учреждения, пусть и лечебного, вообще, сложно говорить о выздоровлении, так как заключенному часто не ясно от чего его лечат, с одной стороны, и забота о его здоровье осуществляется для них подозрительно усиленными мерами и повышенным контролем, с другой стороны.

Р.: Я говорю: «Дай таблетку от кашля, мне на семерке (в ИУ № 7) давали». Лошадиную дозу таблеток дадут, ешь. Я говорю: «Зачем это нужно?». А они от туберкулеза лечат. Какой туберкулез? В 60 лет он никогда не пристанет, если его никогда не было, ни в роду, нигде. (Осужденный, 60 лет, срок заключения – более 20 лет, июнь, 2009)

Сотрудники учреждения не скрывают своего пристального внимания за здоровьем осужденных, причиной которого является повышенная ответственность государства перед заключенными в обществе. Приговорив человека к отбыванию наказания в местах лишения свободы, государство, помимо прочего, берет на себя обязанность и за охрану его здоровья, во всяком случае, на время его пребывания в ИУ, где имеет место концентрация социально дезадаптированных лиц, в том числе, из самых маргинальных слоев. При этом, их характеристикой, помимо прочего, является наличие различных социально-значимых инфекционных заболеваний, так как данная категория граждан, как правило, не обращается за медицинской помощью до попадания в ИУ. В результате, в рамках исправительного учреждения, сотрудникам и медицинскому персоналу предстоит решать не только вопросы, связанные с исправлением, подготовкой к освобождению осужденного и его последующей ресоциализацией, но и с его здоровьем, часто запущенным.

***Р.:** Наша задача чтобы он здесь не умер, что бы максимально поправил здоровье и доставить его по назначению. (начальник по воспитательной и кадровой работе 1, август, 2007).*

***Р.:** У нас был осужденный по фамилии ... <...> ему было около 70. А теперь хочет умереть на свободе. <...> освободили мы его в больницу, в г. Энгельсе, а он уже привык здесь (в колонии). За тобой здесь смотрят, тебе дают еду, дают постель. В больнице (на свободе) он прожил недели две, и затем вскрылся (вскрыл себе вены). Он и здесь вскрывался, но здесь все друг за другом смотрят, а там никому ничего не надо. (Начальник по воспитательной и кадровой работе 2, август, 2007).*

***И.:** Здесь Вас лечат?*

***Р.:** Пока совсем не сдохну. Нет, гражданин начальник, это не лечат, так это. ... Мы тебе, говорит, не дадим здесь сдохнуть. За забор выйдешь – там сдыхай, хоть у ворот. (Осужденный, 61 год, срок заключения – более 20 лет, декабрь, 2007)*

В результате, можно констатировать, что исправительное учреждение, в лице администрации и медперсонала борются за положительные статистические данные по заболеваемости и смертности в ИУ, при этом, они готовы идти на любые меры, чтобы избавиться от смертельно больного осужденного, вплоть до его условно-досрочного освобождения. Но и в данном направлении в Саратовской области существует проблемная зона, заключающаяся в затягивании процедуры освобождения условно-досрочно не со стороны ИУ, а со стороны судебных органов:

***Р.:** Да мы боремся за статистику, но иногда это невозможно – мы хотим больного осужденного освободить, но суд рассматривает дело месяц и более – осужденный умирает в колонии. В Тамбове, например, я знаю, данная процедура занимает всего несколько дней. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 1, сентябрь, 2010).*

Другой, значимой для сотрудников ИУ, проблемой с осужденными является отсутствие процесса лечения после выхода на свободу. Не все бывшие осужденные имеют возможность продолжить лечение на свободе, начатое еще в рамках исправительного учреждения. Именно поэтому, как правильно отмечает А. Абраменков, пенитенциарная медицина требует к себе

пристального внимания и дальнейшего развития, так как занимает важное место в системе здравоохранения [7], ибо она, часто, единственное место, где осужденный может поправить свое здоровье. Со слов сотрудников ИУ следует, что даже если они освобождаются из специализированного лечебного учреждения как выздоравливающие, то при последующих поступлениях отмечается, как правило, ухудшенное состояние здоровья.

Р.: Я работаю здесь десять лет, ну, 50%, кто уходил (с туберкулезом), они же, эти 50% сюда вернулись, ну как, получается 100%, да. Вот 50 человек ушло и те же 50 вернулись. 100%, считай. Единицы, кто не возвращается сюда. Вот именно по нашему отделению, я не знаю как в других. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 2, декабрь, 2007).

Таким образом, подчеркнем, что положение в данном направлении, по-прежнему, остается проблемным. Мы согласны с утверждением С. Смагина о том, что «...ситуация требует организации в регионах социальных программ продолжения лечебного курса для таких больных. И в этом смысле надо говорить также о политических и экономических предпосылках противостояния туберкулезу, чтобы действовать "всем миром"...» [11].

Что же касается опасности заболевания туберкулезом сотрудников ИУ, то со слов медперсонала следует, что в данной сфере показатели намного лучше, чем в любом другом учреждении, не входящем в уголовно-исполнительную систему:

И.: Бывали случаи, когда кто-то из сотрудников заболел туберкулезом?

Р: Да, конечно. У нас, по-моему, в этом году четыре случая было. У нас в воспитательном отделе Г., медсестра Б., с бухгалтерии С., ну еще кто-то. Есть, конечно. Если взять какое-то учреждение, помимо нашего, и сравнить процент заболеваемости, то там выше будет. Но это ведь опять зависит... Я вот, например, знаю, что я не болею туберкулезом. А вот Вы, например, не знаете, болеете Вы или нет. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 2, декабрь, 2007).

Таким образом, можно констатировать, что туберкулез, по-прежнему, является наиболее серьезным заболеванием в рамках ИУ, в своем основании

имеющим социальные корни. Возрастная же характеристика осужденных, страдающих рассматриваемым заболеванием, свидетельствует об отсутствии пожилой части среди лиц, болеющих туберкулезом:

*Р.: В целом, туберкулезом болеют в основном осужденные в возрастном диапазоне от 20-30 лет, до 20 лет это прям 2-3 человека, не более. **Пожилых осужденных среди больных туберкулезом нет.** (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 1, сентябрь, 2010).*

Схожая возрастная пропорция наблюдается и при анализе других заболеваний, также, имеющих широкое распространение в ИУ, например, среди лиц ВИЧ-инфицированных и страдающих онкологическими заболеваниями:

Р.: Онкологическими заболеваниями в ИУ болеют примерно те, кому за 40-50 лет. Вот именно они и не желают, чтобы мы их освобождали. Что касается ВИЧ-инфицированных, то это у них сопутствующее заболевание с гепатитом – по области и городу таких около 900 человек, из них 10% заражены в результате случайных сексуальных связей, большинство же – наркоманы, то есть – это молодые люди и средний возраст. Угасают они достаточно быстро. (Сотрудник из сферы пенитенциарного здравоохранения 1, сентябрь, 2010).

Таким образом, можно констатировать, что осужденные, страдающие какими-либо вышеперечисленными заболеваниями, ускользают от исправительного процесса в рамках ИУ, являясь, по сути, пациентами медицинского учреждения. Необходимо ли наряду с лечением заниматься их ресоциализацией не ясно, так как если это тяжело больной человек с неизлечимым заболеванием, то условия режима ИУ ему противопоказаны и его, действительно, нужно освобождать, так как перспектива ресоциализационных мероприятий не просматривается как востребуемая в будущем. С другой стороны, к пожилому человеку могут быть применены те же характеристики, хотя пожилой возраст и старость болезнью не считаются, а перспектива дальнейшей жизнедеятельности коротка и ресоциализация не актуальна. Что касается заболеваний осужденных геронтологической группы, то их

характеристика является самой обычной для своей возрастной когорты. Как правило, пожилые осужденные отсутствуют в списках лиц, страдающих наиболее распространенными недугами в ИУ. Опрошенные респонденты третьего возраста отметили у себя следующие заболевания:

Р.: Подозрение на туберкулез. Да, ну это опять же, что-то там просветил, засветил, я не знаю. (Осужденный, 59 лет, первый срок заключения, декабрь, 2007)

Р.: Простыл, воспаление легких. А сюда на проверку направили. (Осужденный, 60 лет, третий срок заключения – около 10 лет, декабрь, 2007)

Р.: Я приехал, ... хотел ногти выдрать, грибок. А она говорит: «Мы выдерем, толков не будет, у нас нет препарата такого лечить». (Осужденный, 67 лет, второй, срок заключения – более 10 лет, декабрь, 2007)

Р.: У меня, я здесь по легким. Вот сердце у меня лет 30 с лишним. Я – гипертоник уже. Сердце, давление. Ноги болят, варикозное. ... Ноги не сгинались. Хотели отрезать, я отказался, не дал резать. (Осужденный, 64 год, срок заключения – более 35 лет, октябрь, 2008)

В результате, пожилые осужденные отмечены самими обычными для их возраста заболеваниями, и не могут быть освобождены условно-досрочно по состоянию здоровья, которое никак не влияет на пребывание осужденного в ИУ и его положительную/отрицательную адаптацию после освобождения.

Таким образом, обобщив результаты проведенного социологического исследования, можно сделать следующие выводы:

1. К основным заболеваниям осужденных, отмеченных в рамках ИУ, можно отнести туберкулез, ВИЧ-инфекцию, а также, гепатит, онкологию и инсульты. Среди причин заболевания туберкулезом важнейшими являются социальные – стрессовый характер ресоциализации к условиям отбывания наказания в ИУ, и маргинальность, включающую в себя бедность, безработицу, социально-экономическую нестабильность, социальные конфликты. Среди причин ВИЧ-инфицирования и гепатита основное место занимают многократное использование шприцов наркоманами и беспорядочные половые

связи. При этом, в ИУ имеются все средства для обеспечения жизнедеятельности больных осужденных и их лечения. Администрация исправительных учреждений, идет на любые меры, чтобы освободить неизлечимого или смертельно больного осужденного условно-досрочно, хотя это делается в рамках борьбы за положительные статистические данные по заболеваемости и смертности в ИУ.

2. К основным проблемным зонам здравоохранения в рамках ИУ можно отнести затягивание условно-досрочного освобождения неизлечимого или смертельно больного осужденного конкретно в саратовской области. Также, к проблемным зонам отнесем отсутствие желания у осужденных лечиться, так как статус больного позволяет перейти на льготные условия отбывания наказания (мягче режим, улучшенное питание), и недоверие к медперсоналу, что выражается в саботировании процесса лечения.

3. Только лишь неизлечимые и смертельно больные (ВИЧ, онкология) осужденные различных возрастов не попадают под механизмы ресоциализации в рамках ИУ, количество их невелико. Большая часть осужденных, являясь временно больными, в полной мере проходят все этапы ресоциализационного процесса как в рамках исправительного учреждения, так и в рамках лечебного. Осужденные пожилого возраста, как правило, не страдают распространенными в ИУ заболеваниями, их болезни являются самими обычными для своей возрастной когорты – болезни сердца, легких, грибковые заболевания и гипертония. Отмеченные заболевания представителей третьего возраста не являются тяжелыми (хотя многие из них хронические), и никак не влияют на пребывание осужденного в ИУ и его положительную/отрицательную адаптацию после освобождения.

В результате, можно констатировать подтверждение первоначальной гипотезы исследования о том, что здоровье осужденных является значимым индикатором их характеристики, не влияющим на процессы исправления и перевоспитания осужденных различных возрастных групп.

Исследование проведено при финансовой поддержке Министерства образования и науки России (№ 14.В37.21.0522)

Список литературы

1. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М.: «Academia-Центр» «МЕДИУМ», 1995. С. 255.
2. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem, 1999. С. 340.
3. Шанин Т., Ковалев Е.М., Штейнберг И.Е. Методология двойной рефлексивности в исследованиях современной российской деревни // Качественные методы в полевых социологических исследованиях. М.: Логос, 1999. С. 317-344.
4. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования. 4-е изд. М.: КДУ, 2006. С. 47.
5. Батыгин Г.С. Лекции по методологии социологических исследований. М.: Аспект-Пресс, 1995. С. 50.
6. Кононец А.С. В единой системе государственного здравоохранения // Преступление и наказание. 2008. № 1. С. 19.
7. Абраменков А. Большое внимание пенитенциарной медицине // Преступление и наказание. 2009. №2. С. 4.
8. Селиванов Б.С. Оценка гигиенических условий содержания осужденных, больных туберкулезом, в лечебных исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы // Здоровье населения и среда обитания. 2008. №11. С. 29.
9. Садков Е.В. Маргинальность и преступность // Социологические исследования. 2000. № 4. С. 44-45.

10. Hecht L., Coyle B. Elderly Homeless. A Comparison of Older and Younger Adult Emergency Shelter Seekers in Bakersfield, California // American behavioral scientist, Vol. 45 No. 1, September 2001, P. 73.

11. Смагин С. Действовать «всем миром» // Медицинский вестник, 2007, № 13 (398). URL.: <http://medvestnik.ru/archive/2007/13/603.html>

References

1. Berger P., Lucman T. *Socialnoe konstruirovaniye realnosti. Tractat po sociologii znaniya* [Social constructing of reality] / Moscovskii filosofskii fond. «Academia-Centr» «MEDIUM». M., 1995. 255 p.

2. Fuko M. *Nadzirat i nakazivat. Rojdeniye turmi*. [Supervise and punish. Borning of the prison] M.: Ad Marginem, 1999. S. 340.

3. Shanin T., Kovalev E.M., Shteinberg I.E. *Metodologiya dvoynoi refleksivnosti v issledovaniyah sovremennoi rossiiskoi derevni* [Double reflection methodology in research of russian modern country] // Kachestvenniye metodi v polevikh sociologicheskikh issledovaniyah. M.: Logos, 1999. pp. 317-344.

4. Devyatko I.F. *Memodi sociologicheskogo issledovaniya*. [Methods of sociological investigation] M.: KDU, 2006. p. 47.

5. Batigin G.S. *Lekcii po metodologii sociologicheskikh issledovaniy*. [Lectures of sociological investigation's methods] M.: Aspect-Press, 1995. p. 50.

6. Cononec A.S. *V edinoi sisteme gosudarstvennogo zdravoohraneniya // Prestupleniye i nakazaniye*. no. № 1 (2008): p. 19.

7. Abramencov A. *Bolshoe vnimaniye penitenciarnoi medicine // Prestupleniye i nakazaniye*. no. №2 (2009): p. 4.

8. Selivanov B.S. *Otsenka gigienicheskikh uslovii sodержaniya osujdennih, bolnih tuberkulezom, v lechebnykh ispravitelnykh uchrejdeniyah ugolovno-ipolnitelnoi sistemi // Zdorovye naseleniya i sreda obitaniya*. no. №11 (2008): p. 29.

9. Sadkov E.V. *Marginalnost i prestupnost // Sotsiologicheskie issledovaniya*. no. № 4 (2000): p. 44-45.

10. Hecht L., Coyle B. Elderly Homeless. A Comparison of Older and Younger Adult Emergency Shelter Seekers in Bakersfield, California // American behavioral scientist, Vol. 45 No. 1, September 2001, p. 73.

11. Smagin S. *Deistvovat «vsem mirom»* // Meditsinskii vestnik. no. 13 (2007) : URL.: <http://medvestnik.ru/archive/2007/13/603.html>

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Темаев Тимур Вадудович, докторант кафедры социологии, социальной антропологии и социальной работы, кандидат социологических наук

Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.

ул. Политехническая, д.77, г. Саратов, 4 10054, Россия

e-mail: timur_temaev@mail.ru

Финаева Анастасия Геннадьевна, ассистент кафедры психологии, кандидат социологических наук

Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.

ул. Политехническая, д.77, г. Саратов, 4 10054, Россия

e-mail: afina-88@yandex.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Temaev Timur Vadudovich, Postdoctoral Student of Sociology, Social anthropology and Social work Department, Cand. of Sociological Science

Saratov State Tehnical University

77, Politehnicheskaya street, Saratov, 410054, Russia

e-mail: timur_temaev@mail.ru

Finaeva Anastasiya Gennadievna.

Assistant, Psychology Department, Cand. of Sociological Science

Saratov State Tehnical University

77, Politehnicheskaya street, Saratov, 410054, Russia

e-mail: afina-88@yandex.ru

Рецензент:

Елютина М.Э., заведующий кафедрой, доктор социологических наук,
профессор, ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный университет имени
Н.Г. Чернышевского», кафедра социологии социальной работы