

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
«ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ»

Демографическое обозрение

электронный
научный журнал



Том 1, № 4, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и методология

СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ:
НЕСОСТОЯВШАЯСЯ ВТОРАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ
АНАТОЛИЙ ВИШНЕВСКИЙ

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА
(ПЕРЕВОД С АНГЛИЙСКОГО)
ДЭВИД С. РЕЭР

Аналитика

СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В РОССИИ ЗА ПОЛВЕКА
ЕКАТЕРИНА КВАША, ТАТЬЯНА ХАРЬКОВА, ВАЛЕРИЙ ЮМАГУЗИН

ЭТНИЧЕСКИ СМЕШАННЫЕ СУПРУЖЕСКИЕ ПАРЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЕВГЕНИЙ СОРОКО

КАТОЛИЧЕСТВО ИЛИ ПРОТЕСТАНТИЗМ? ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ПОЖИЛЫХ
ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ В ЕВРОПЕ И РЯДЕ СТРАН МИРА
АЛЕКСАНДР РАМОНОВ

Научные форумы

О ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ СТРАН БРИКС. ЗАМЕТКИ С ЦИВИЛИЗАЦИОННОГО
ФОРУМА «ПЕРСПЕКТИВЫ И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРИОРИТЕТЫ ВОСХОЖДЕНИЯ БРИКС»
АЛЕКСАНДР ТКАЧЕНКО

Рецензии

Е. ДЕМИНЦЕВА «БЫТЬ «АРАБОМ» ВО ФРАНЦИИ»
ЮЛИЯ ФЛОРИНСКАЯ

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ • DEMOGRAPHIC REVIEW

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Е.М. АНДРЕЕВ
А. БЛЮМ (Франция)
А.Г. ВИШНЕВСКИЙ
М.Б. ДЕНИСЕНКО
В.В. ЕЛИЗАРОВ
С.В. ЗАХАРОВ
С.Ф. ИВАНОВ
А.Е. ИВАНОВА

М.А. КЛУПТ
Н.В. МКРТЧЯН
Л.Н. ОВЧАРОВА
А.И. ПЬЯНКОВА
С.Ю. РОЩИН
С.А. ТИМОНИН
А.И. ТРЕЙВИШ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Б. АНДЕРСОН (США)
И.И. ЕЛИСЕЕВА
Н.В. ЗУБАРЕВИЧ
Э.М. ЛИБАНОВА (Украина)
Т.М. МАКСИМОВА
Ф. МЕЛЕ (Франция)
С.Ю. НИКИТИНА
В. СТАНКУНЕНЕ (Литва)
В.М. ШКОЛЬНИКОВ (Германия)

О.Е. ГАГАУЗ (Молдавия)
Ж.А. ЗАЙОНЧКОВСКАЯ
В.А. ИОНЦЕВ
М. ЛИВИ БАЧЧИ (Италия)
Т.М. МАЛЕВА
Б.Н. МИРОНОВ
З. ПАВЛИК (Чешская Республика)
М. ТОЛЬЦ (Израиль)
С.Я. ЩЕРБОВ (Австрия)

РЕДАКЦИЯ:

Главный редактор – Анатолий Григорьевич ВИШНЕВСКИЙ
Заместитель главного редактора – Сергей Андреевич ТИМОНИН
Ответственный секретарь редакции – Анастасия Ивановна ПЬЯНКОВА
Корректор - Наталия Станиславовна ЖУЛЕВА
Компьютерная верста и графика – Кирилл Владимирович РЕШЕТНИКОВ

*Журнал зарегистрирован 28 июля 2014 года Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-58868.*

ISSN 2409-2274

Адрес редакции:

101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 40, стр. 1, офис 310
Телефон: 8-495-772-95-90*11864 / *11824
www.demreview.hse.ru
E-mail: demreview@hse.ru

Выпускается ежеквартально. Издается с 2014 года.

**Все рукописи проходят обязательное предварительное рецензирование.
Позиция Редакции не обязательно совпадает с мнением авторов.
Перепечатка материалов возможна только по согласованию с Редакцией.**

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ • DEMOGRAPHIC REVIEW

EDITORIAL BOARD:

E. ANDREEV
A. BLUM (France)
A. VISHNEVSKY
M. DENISSENKO
V. ELIZAROV
S. ZAKHAROV
S. IVANOV
A. IVANOVA

M. KLUPT
N. MKRTCHYAN
L. OVCHAROVA
A. PYANKOVA
S. ROSCHIN
S. TIMONIN
A. TREIVISCH

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL:

B. ANDERSON (USA)
I. ELISEEVA
N. ZUBAREVICH
E. LIBANOVA (Ukraine)
T. MAKSIMOVA
F. MESLE (France)
S. NIKITINA
V. STANKUNIENE (Lithuania)
V. SHKOLNIKOV (Germany)

O. GAGAUZ (Moldova)
Z. ZAYONCHKOVSKAYA
V. IONTSEV
M. LIVI BACCI (Italy)
T. MALEVA
B. MIRONOV
Z. PAVLIK (Czech Republic)
M. TOLTS (Israel)
S. SCHERBOV (Austria)

EDITORIAL OFFICE:

Editor-in-Chief - Anatoly G. VISHNEVSKY
Deputy Editor-in-Chief - Sergey A. TIMONIN
Managing Editor – Anastasia I. PYANKOVA
Proofreader - Natalia S. ZHULEVA
Design and Making-up - Kirill V. RESHETNIKOV

*The journal is registered on July 27, 2014 in the federal service for supervision of communications, information technology, and mass media.
Certificate of mass media registration № FS 77-58868.*

ISSN 2409-2274

Editorial address:

40, bld 1, Myasnitskaya street, office 310, Moscow, 101000, Russia
Phone: 8-495-772-95-90 * 11864 / *11824
www.demreview.hse.ru
E-mail: demreview@hse.ru

Released quarterly. Published since 2014.

**All manuscripts are obligatory peer-reviewed.
Editorial office position does not necessarily coincide with the views of the authors.
Reproduction of any materials is possible only by agreement with the editorial office.**

СОДЕРЖАНИЕ

Декабрь 2014, 1(4)

Теория и методология

- СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ: НЕСОСТОЯВШАЯСЯ ВТОРАЯ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ** **5-40**
Анатолий ВИШНЕВСКИЙ

- ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА
(ПЕРЕВОД С АНГЛИЙСКОГО)** **41-67**
Дэвид С. РЕЭР

Аналитика

- СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В РОССИИ
ЗА ПОЛВЕКА** **69-95**
Екатерина КВАША, Татьяна ХАРЬКОВА, Валерий ЮМАГУЗИН

- ЭТНИЧЕСКИ СМЕШАННЫЕ СУПРУЖЕСКИЕ ПАРЫ В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ** **96-123**
Евгений СОРОКО

- КАТОЛИЧЕСТВО ИЛИ ПРОТЕСТАНТИЗМ?
ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
РАЗЛИЧНОГО ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ В ЕВРОПЕ И РЯДЕ
СТРАН МИРА** **124-134**
Александр РАМОНОВ

Научные форумы

- О ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ СТРАН БРИКС.
ЗАМЕТКИ С ЦИВИЛИЗАЦИОННОГО ФОРУМА
«ПЕРСПЕКТИВЫ И СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПРИОРИТЕТЫ
ВОСХОЖДЕНИЯ БРИКС»** **135-141**
Александр ТКАЧЕНКО

Рецензии

- Е. ДЕМИНЦЕВА
«БЫТЬ «АРАБОМ» ВО ФРАНЦИИ»** **142-144**
Юлия ФЛОРИНСКАЯ

CONTENTS
December 2014, 1(4)

Theory and methodology

MORTALITY IN RUSSIA: THE SECOND EPIDEMIOLOGIC REVOLUTION THAT NEVER WAS	5-40
<i>Anatoly VISHVEVSKY</i>	

ECONOMIC AND SOCIAL IMPLICATIONS OF THE DEMOGRAPHIC TRANSITION (TRANSLATION FROM ENGLISH)	41-67
<i>David REHER</i>	

Analytics

MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES OF DEATH IN RUSSIA OVER THE PAST HALF-CENTURY	68-95
<i>Ekaterina KVASHA, Tatiana KHARKOVA, Valery YUMAGUZIN</i>	

ETHNICALLY MIXED FAMILIES IN THE RUSSIAN FEDERATION	96-123
<i>Eugeny SOROKO</i>	

CATHOLICISM OR PROTESTANTISM? HEALTH AND WELL-BEING OF THE ELDERLY WITH VARIOUS RELIGIOUS BACKGROUND IN EUROPE	124-134
<i>Aleksandr RAMONOV</i>	

Scientific forums

ON DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT OF THE BRICS COUNTRIES. NOTES FROM THE CIVILIZATIONAL FORUM "PERSPECTIVES AND STRATEGIC PRIORITIES FOR BRICS ASCENSION".....	135-141
<i>Alexander TKACHENKO</i>	

Review

EKATERINA DEMINTSEVA. «TO BE «AN ARAB» IN FRANCE».....	142-144
<i>Yulia FLORINSKAYA</i>	

СМЕРТНОСТЬ В РОССИИ: НЕСОСТОЯВШАЯСЯ ВТОРАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ*

Анатолий Вишнеvский

Рассматриваются различные подходы к концептуальному осмыслению современного этапа снижения смертности, когда на первый план вышла борьба с неинфекционными причинами смерти («новые этапы» эпидемиологического перехода, «вторая эпидемиологическая революция», «санитарный переход»). На этом этапе, продолжающемся уже не менее полвека, в большинстве развитых стран произошли революционные изменения, выразившиеся в резком расширении контроля над неинфекционными причинами смерти, в частности, над заболеваниями системы кровообращения, новообразованиями, другими неинфекционными болезнями, внешними причинами. Следствием этих изменений стало быстрое оттеснение смертей от этих причин к старшим возрастам, увеличение среднего возраста смерти от них, в конечном счете, значительный рост ожидаемой продолжительности жизни. Между тем Россия, в основном, осталась в стороне от этих изменений и не смогла обеспечить должного роста контроля над неинфекционными причинами смерти. Возрастное распределение смертей от крупных классов причин в России за последние полвека почти не изменилось, что обусловило стагнацию ожидаемой продолжительности жизни и нарастающее отставание по этому показателю от большинства развитых стран. «Вторая эпидемиологическая революция» в России все еще остается делом будущего.

Ключевые слова: эпидемиологический переход, эпидемиологическая революция, вторая эпидемиологическая революция, санитарный переход, причины смерти, смертность от неинфекционных болезней.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВОЛЮЦИЯ, САНИТАРНЫЙ ПЕРЕХОД

Концепция эпидемиологического перехода была сформулирована американским демографом Абделем Омраном в 1971 г. в статье «Эпидемиологический переход: теория эпидемиологии демографических изменений» [Omran 1971]¹.

Анатолий Григорьевич Вишнеvский, Институт демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Россия.
E-mail: avishnevsky@hse.ru Статья поступила в редакцию в августе 2014 г.

* В статье использованы результаты исследований, выполнявшихся в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2013-2014 гг.

¹ Имеется русский перевод под неточным названием «Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения» [Омран 1977].

Термином «эпидемиология» в его привычном значении обозначается наука, изучающая закономерности возникновения и распространения болезней. Этот смысл восходит, вероятно, еще к Гиппократу и его учению об эпидемиях и относится к области медицины. В рамках самой медицины его значение менялось, получая все более расширительное толкование. Поначалу речь шла только об инфекционных болезнях, но затем стали говорить и об эпидемиологии неинфекционных заболеваний, эпидемиологии травматизма. Этот термин употребляется и за пределами медицины, например, говорят об эпидемиологии преступлений. Такое более редкое словоупотребление не противоречит смыслу древнегреческого слова *ἐπιδημία* (имеющий всенародное распространение), не относящемуся непосредственного к медицине.

Омран также трактовал термин «эпидемиологический» в расширительном смысле как указывающий на сущность любых массовых явлений и полагал, что «многие эпидемиологические методы, применение которых до сих пор ограничивалось рассмотрением особенностей здоровья и заболеваемости, могут быть с успехом применены и к исследованию других массовых явлений» [Omran 1971: 509].

Согласно концепции Омрана, эпидемиологический переход – это исторический сдвиг от эпохи, когда смертность в решающей степени зависела от эпидемий и голода, а средняя продолжительность жизни людей колебалась в пределах от 20 до 40 лет, через промежуточную эпоху, когда факторы кризисной смертности, прежде всего эпидемии, утрачивают свою прежнюю роль, смертность снижается, а продолжительность жизни повышается примерно до 50 лет, к эпохе болезней, обусловленных старением организма (дегенеративных болезней) или человеческой деятельностью (degenerative and man-made diseases) [Omran 1971: 516], когда «ожидаемая продолжительность жизни достигает небывалого уровня 70 лет и выше» [Omran 1971: Table 4].

На этой последней стадии «по мере того, как начинают преобладать дегенеративные и хронические заболевания, растут количество психических заболеваний, наркомания, число несчастных случаев, опасность радиации и других явлений, связанных с неблагоприятным состоянием окружающей среды» [Omran 1971: 516].

Таким образом, в концепции Омрана уже содержится указание, на борьбе с какими причинами смерти необходимо сосредоточить усилия после того, как инфекционные заболевания - главный источник высокой смертности в прошлом – в основном поставлены под контроль. По-видимому, направление размышлений Омрана было подсказано ситуацией, сложившейся в развитых странах в 1960-е годы, когда рост ожидаемой продолжительности жизни в этих странах замедлился и в экспертной среде появилось сознание того, что возможности прежней стратегии борьбы за повышение продолжительности жизни, ориентированной прежде всего на установление контроля над инфекционными заболеваниями, исчерпываются и эта стратегия нуждается в переосмыслении.

Омран был не единственным, кто осознал необходимость выработки новой стратегии борьбы за дальнейшее удлинение человеческой жизни. Почти одновременно с его статьей *American Journal of Public Health* опубликовал передовую статью под названием «Эпидемиологическая революция», в которой говорилось, что новая эпидемиология

расширяет понимание своих задач, выходя за пределы ограниченной области инфекционных заболеваний и включая в круг своих интересов все причины болезней, инвалидности и смерти [Editorials 1972: 1440].

В этой статье, автором которой был американский гигиенист Милтон Террис, упор делается, скорее, на революцию в эпидемиологическом мышлении. Но несколько позднее М. Террис, излагая свою концепцию более подробно, четче указывает на произошедшие за последнее столетие объективные изменения в самой структуре заболеваемости благодаря установлению контроля над инфекционными заболеваниями, что составило смысл первой демографической революции и подвело к новой «большой и трудной задаче: ни много ни мало, осуществить вторую эпидемиологическую революцию и спасти буквально миллионы мужчин и женщин от предотвратимых болезней, инвалидности и смерти» [Terris 1976: 1159]. «В ходе первой эпидемиологической революции органы здравоохранения достигли чудес профилактики инфекционных заболеваний... То же самое может быть верно для второй эпидемиологической революции в профилактике неинфекционных заболеваний» [Terris 1976: 1156]. Хотя здесь говорится о заболеваниях, из общего контекста ясно, что Террис имеет в виду все неинфекционные причины, он с самого начала отмечал, что теперь эпидемиолог должен включать в круг своих интересов не только болезни, но и насильственные причины смерти: несчастные случаи, убийства и самоубийства [Editorials 1972: 1440].

Неинфекционные причины болезней и смерти имеют различную природу. Часть из них обусловлена по преимуществу эндогенными факторами, неотделимыми от возрастных изменений человеческого организма, что делает борьбу с такими причинами особенно сложной, а успехи в этой борьбе ограниченными. Главные возможности здесь связаны, видимо, с тем, что эндогенные факторы человеческого долголетия никогда не бывают отделены непроницаемой перегородкой от экзогенных: человек никогда не живет изолированно от природной и социальной среды. Сроки исчерпания данного ему от природы ресурса долголетия не могут не зависеть от условий труда и отдыха, питания, лечения, привычек и т.д. Влияя на эти условия, можно, до известной степени, противостоять старению, преждевременному износу организма, «ремонттировать» его. Но за счет этого можно лишь оттеснить смерть к более поздним возрастам, сама же смертность от эндогенно обусловленных причин, в принципе, неустраима.

Иначе обстоит дело с другой частью неинфекционных причин смерти, которые зависят преимущественно от экзогенных, внешних факторов и обрывают жизнь вполне здоровых людей задолго до того, как оказывается исчерпанной их естественная жизнеспособность. Эти факторы, как и в случае с инфекционными болезнями, могут быть поставлены под контроль. Такой контроль, вероятно, не может быть абсолютным, но в принципе, обусловленная средовыми факторами смертность устранима. Едва ли не основную массу экзогенно обусловленных и потому устранимых смертей составляют смерти от внешних причин.

По разным причинам, возможно в силу медицинской традиции, сложившейся в период успешной борьбы с инфекционными заболеваниями, задачи и успехи второй эпидемиологической революции часто также воспринимаются прежде всего через призму

борьбы с болезнями. Отмечая несомненные достижения последних десятилетий в снижении смертности, обычно основное внимание обращают на успехи в борьбе с неинфекционными заболеваниями, прежде всего сердечно-сосудистыми. Подчеркивается, что начало снижения смертности от хронических дегенеративных заболеваний во второй половине XX века стало «краеугольным камнем в истории медицины» [De Flora et al. 2005: 896], говорят о кардиоваскулярной революции как о главном эпидемиологическом изменении [Meslé, Vallin 2002: 444], об успехах в борьбе с раком и т.д. О снижении же смертности от внешних причин смерти говорится гораздо меньше.

Между тем снижение рисков, связанных с внешними причинами смерти, - очень важная составляющая второй эпидемиологической революции. Не случайно, рассматривая десять ведущих причин смерти, которые в ходе этой революции необходимо поставить под контроль прежде всего, Террис на одно из первых место – после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний – ставит внешние причины смерти.

«Несчастные случаи - особенно трагичная причина смерти, потому что их жертвами очень часто становятся дети и молодые люди. Сейчас это ведущая причина смерти в возрасте до 35 лет. Для всех возрастов она занимает четвертое по значимости место; если бы им уделялось внимание, соответствующее их значению для здоровья нации, они, несомненно, могли бы быть исключены из списка десяти ведущих причин смерти. Эпидемиологические исследования углубили наше понимание хозяина, агента и окружающей среды в различных видах несчастных случаев и указали на превентивные меры, которые могут и должны быть использованы» [Terris 1976: 1156].

Любопытно, что Террис не ссылается на Омрана, а в демографической литературе, обильно цитирующей Омрана, нет никаких упоминаний о Террисе. Однако оба они, видимо, независимо друг от друга, четко указывали на то, что мир вступил в новую эру - эпоху борьбы с неинфекционными причинами смерти, и оба отмечали, что речь идет не только о болезнях, но и о том, что в современных терминах называется «внешними причинами смерти».

Впоследствии особая самостоятельная роль внешних причин смерти была осознана еще лучше, что привело к выделению их в отдельную группу: все причины смерти были подразделены на (i) инфекционные болезни, причины материнской и перинатальной смертности и смертности, обусловленной плохим питанием, (ii) неинфекционные болезни и (iii) внешние причины смерти [Murray, Lopez 1996: 14].

Согласно концепции Омрана, изложенной в его базовой статье 1971 г., эпидемиологический переход заканчивается эрой дегенеративных и рукотворных болезней и причин смерти, что вполне соответствует картине, наблюдаемой сегодня, по крайней мере, в развитых странах. Эта эра и рассматривалась как последний этап эпидемиологического перехода, первые шаги новой эры в странах Западной и Северной Европы Омран датирует в основном второй половиной XIX века (первый этап – это «практически все еще досовременные модели заболеваемости и смертности»; последний – снижение детской смертности, которая «в Англии неуклонно падает с конца XIX века» [Omran 1971: 517, 524]). Если попытаться сопоставить его трактовку с трактовкой Терриса, то, видимо, первую эпидемиологическую революцию Терриса можно рассматривать как

ранний этап этой эры, закончившийся в развитых странах к середине XX века. Согласно Террису, осознание новой ситуации наметилось в 1940-е годы, и, хотя он и в 70-е годы полагал, что «имеющиеся достижения, возможности, равно как стратегия и тактика, необходимые для реализации второй эпидемиологической революции, не только не поняты; они почти не обсуждаются» [Terris 1976: 1155], судя по последующим результатам, в это время новая стратегия борьбы за снижение смертности уже становилась реальностью.

Позднее в литературе стали появляться предложения разных авторов, включая и самого Омрана [Omran 1998], детализировать предложенную им периодизацию, добавив еще несколько стадий или даже в принципе изменить сам подход к их классификации. Предлагают, например, добавить четвертую стадию – «отсроченных дегенеративных заболеваний», поскольку умирать от них будут все позже и позже, а «продолжительность жизни увеличится до восьми десятилетий, а возможно и более» [Olshansky, Ault 1986: 386]. Но поскольку сам Омран изначально говорил о достижении на третьей стадии перехода ожидаемой продолжительности жизни «70 лет и выше» [Omran 1971, Table 4], что не исключает 80 лет и выше, то едва ли это добавление можно считать серьезным основанием для выделения еще одной стадии. А тем более его нет, поскольку в концепции Омрана важны все же не количественные, а качественные характеристики: на третьей стадии определяющими становятся дегенеративные и рукотворные заболевания, и пока в этом смысле ничего не изменилось.

Другие авторы, считая идею простого добавления еще одной фазы к периодизации Омрана «спорной», присоединяются к идее рассматривать эпидемиологический переход как часть более общего «санитарного перехода» [Mésle, Vallin 2002: 444] с тем, чтобы «объединить в более широком представлении о санитарном переходе первую (описанную Омраном) фазу роста продолжительности жизни в основном за счет снижения смертности от инфекционных болезней и вторую фазу, определяющуюся снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, и оставить открытой дверь для последующих фаз» [Mésle, Vallin 2002: 444]. Омран возражал против «переименования» концепции, исходя из своего широкого толкования эпидемиологии, которая «содержит в себе возможности научного анализа влияния экономических, социальных, демографических, здравоохраненческих, технологических и экологических изменений на здоровье... Здоровье – зависимая переменная от эпидемиологии, а не наоборот» [Omran 1998: 99].

Впрочем, и авторы идеи «санитарного перехода» не отказываются от представлений об эпидемиологическом переходе, а лишь дополняют их. Санитарный переход, поясняют они, состоит из собственно эпидемиологического перехода, т.е. долговременных изменений в здоровье населения, «включая изменение моделей заболеваемости, инвалидности и смертности», о чем писал Омран, и из перехода в здравоохранении (**health care transition**), который представляет собой появление моделей социального ответа на эти изменения [Frenk et al. 1991: 23]. Не касаясь сейчас вопроса о несколько иной, чем у Омрана, интерпретации рядом авторов эпидемиологического перехода, трактовке его, в первую очередь, не как ключевого звена общего демографического перехода, а как ключевого события в процессе долговременного снижения смертности, не обязательно всегда связанного с демографическим переходом [Вишневецкий 2014: 13] (справедливо и то, и

другое), отметим, что идея санитарного перехода может быть полезна для анализа ситуации со смертностью в России.

Обычно эта ситуация трактуется как проявление незавершенности эпидемиологического перехода [Вишневский, Школьников 1997: 12-15; Демографическая модернизация 2006: 257-259, 382-395; Вишневский 2009: 56-63], обусловленной догоняющим характером советской модернизации, или даже как «обратный эпидемиологический переход» [Семенова 2005]. Но, может быть, правильнее говорить именно о незавершенном *санитарном переходе*, о ненайденных моделях социального ответа на требования времени, порожденные изменившимися моделями заболеваемости и смертности. Именно осознание этих требований, отразившееся, в частности, в обобщениях Омрана и Терриса на рубеже 1960-х – 1970-х годов, привело к выработке во многих странах (но, к сожалению, не в России) новой стратегии охраны здоровья и жизни, соответствующей новым условиям. Эта стратегия стала практическим ответом на реальные задачи борьбы со смертностью, вышедшие на первый план после того, как были одержаны решающие победы в борьбе с инфекционными болезнями, и, хотя эти болезни еще не полностью исчезли, они утратили свою прежнюю роль. Она и позволила осуществить предсказанную Террисом вторую эпидемиологическую революцию, возможно, еще не завершившуюся.

РЕШЕНЫ ЛИ ЗАДАЧИ ВТОРОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ?

Со времени пионерных обобщений Омрана и Терриса прошло несколько десятилетий, и сейчас можно судить о том, действительно ли наступила предсказанная ими эра и насколько эффективными оказались усилия по установлению контроля над неинфекционными причинами смерти.

В 1960-е годы ситуацию со смертностью как в успешных западноевропейских странах, так и в тогда еще не столь значительно отстававшей от них России, в решающей степени определяла (как определяет и сейчас) «большая четверка» причин смерти: болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания и внешние причины. В 1970 г. совокупный вклад четырех классов причин в стандартизованный коэффициент смертности от всех причин в странах Западной Европы был близок к 80% и в последующие годы даже увеличивался, а в России уже тогда достигал 90% (рисунок 1).

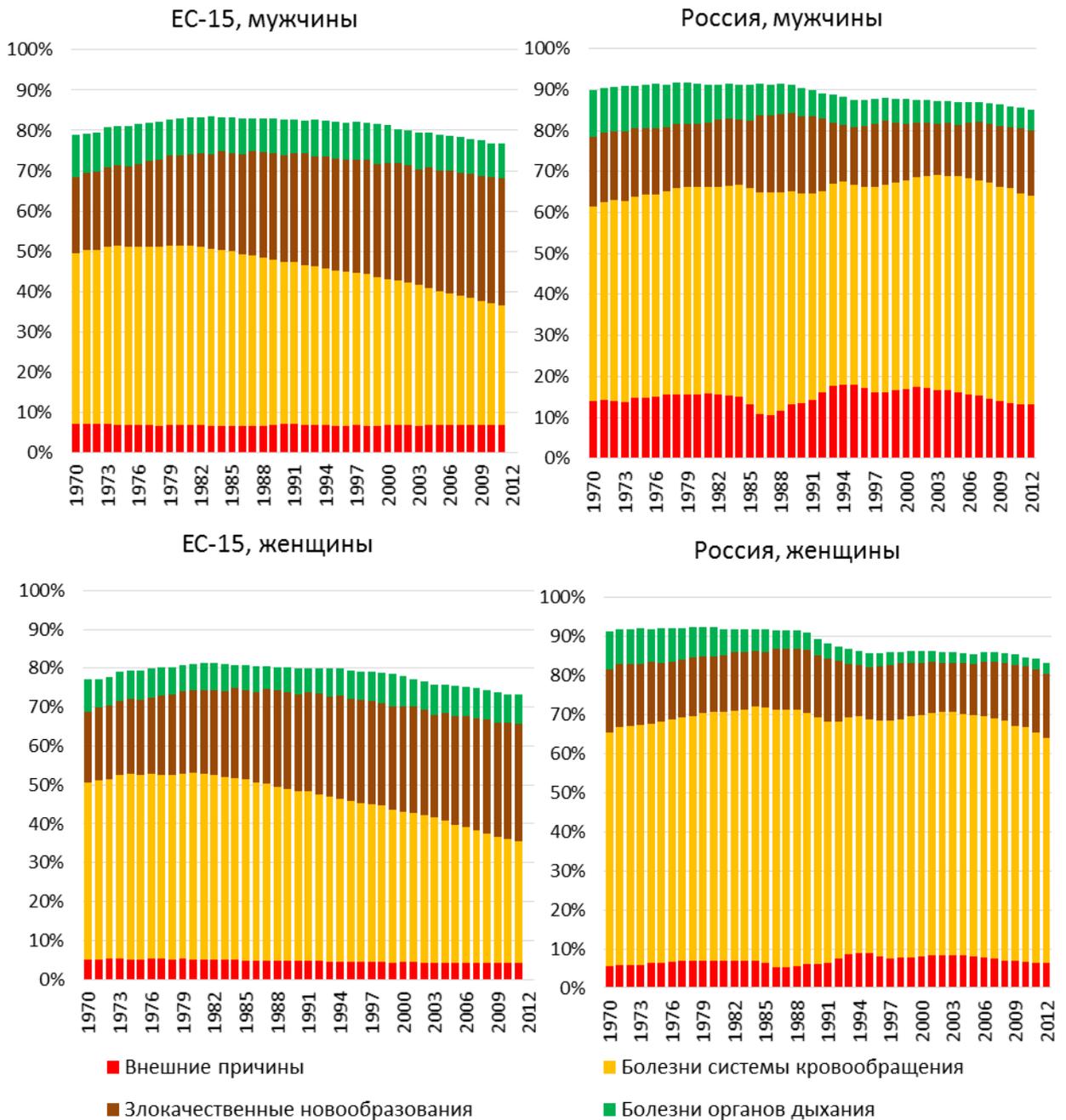


Рисунок 1. Совокупный вклад болезней системы кровообращения, новообразований, болезней органов дыхания и внешних причин в стандартизованный коэффициент смертности от всех причин в России и ЕС-15²

Источники: рассчитано на основе [WHO 2014], данных Росстата.

Соответственно задачи борьбы со смертностью сводились и все еще сводятся прежде всего к снижению смертности от этих четырех классов причин. Если судить по динамике стандартизованного коэффициента смертности, то эти задачи в западноевропейских странах решались весьма успешно, стандартизованный коэффициент смертности от трех из

² Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Италия, Ирландия, Испания, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Финляндия, Франция, Швеция.

четырёх главных классов причин смерти демонстрирует почти синхронное снижение столь быстрое, что и впрямь можно говорить о новой эпидемиологической революции. Только о смертности от рака этого сказать пока нельзя: ее снижение началось позднее, ее уровень до сих пор не слишком сильно оторвался от уровня начала 1970-х годов, хотя в последние два десятилетия заметные позитивные подвижки есть и здесь (рисунок 2).

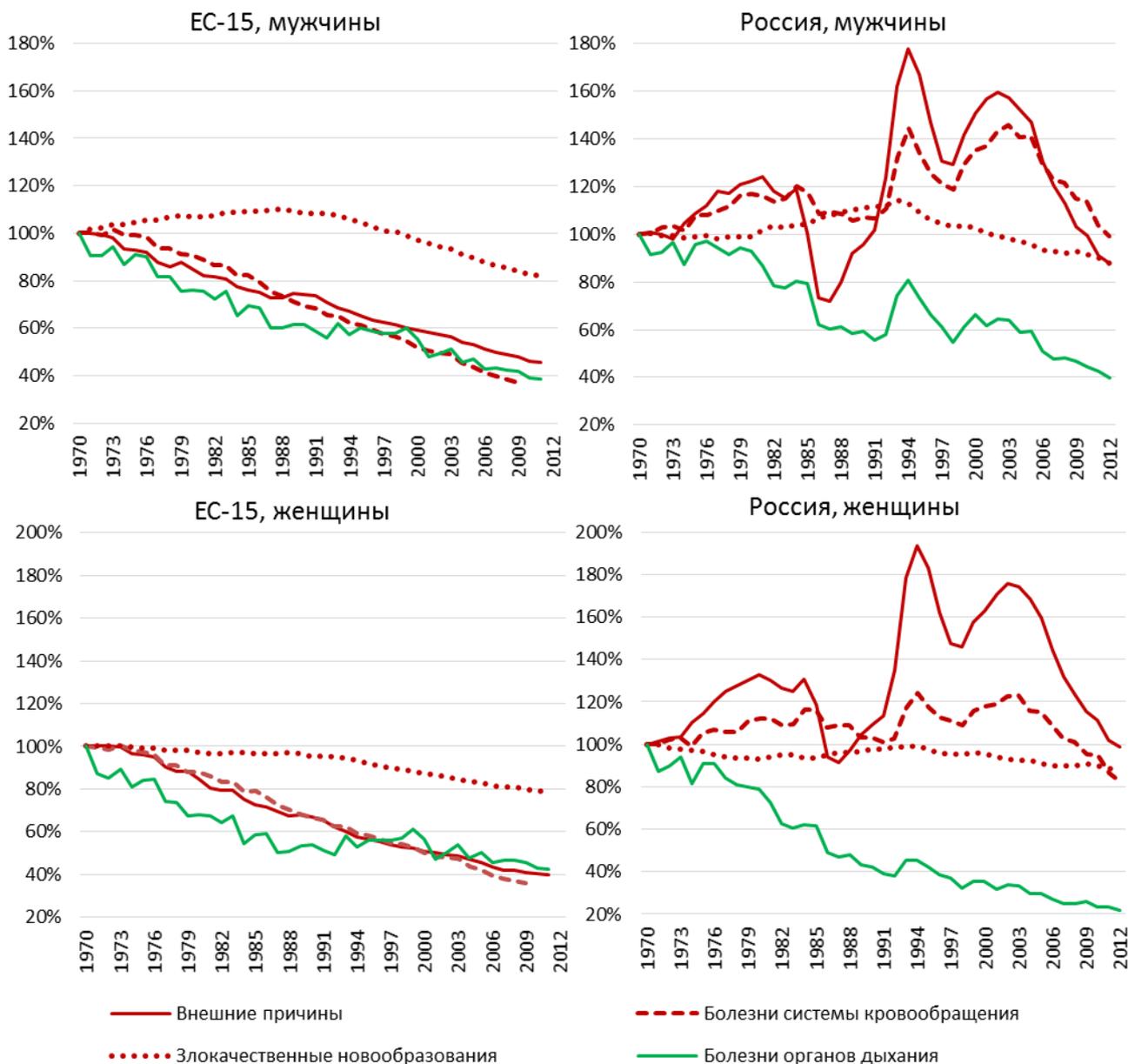


Рисунок 2. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, болезней органов дыхания и внешних причин в России и ЕС-15, 1970 г. = 100%

Источники: рассчитано на основе [WHO 2014], данных Росстата.

В России события развивались по-другому. При значительном структурном сходстве между западноевропейскими странами и Россией уровни смертности от указанных причин в 1970 г., а тем более их последующая динамика очень сильно различались.

При том, что совокупный вклад в стандартизованный коэффициент смертности причин смерти, входящих в «большую четверку», в странах ЕС-15 изменился не очень сильно (рисунок 1) и эти изменения не носят принципиального характера, его внутренняя структура подверглась очень сильной трансформации. Главное в этой трансформации – резкое сокращение вклада болезней системы кровообращения (с 45% в 1980 г. до 30% в 2011 г. у мужчин и с 48 до 31% у женщин) при одновременном росте вклада онкологических заболеваний (с 19% в 1970 г. до 32% в 2012 г. у мужчин и с 18 до 30% у женщин). По сути, вклад этих двух классов причин сравнялся, у мужчин рак даже вышел на первое место. Вклад же двух других классов причин существенно не изменился.

Применительно к России говорить о серьезной трансформации структуры причин смерти не приходится, с 1970 г. она почти не изменилась. Единственное, что можно заметить в российской части графика, это некоторое снижение вклада болезней органов дыхания. Установление контроля над причинами смерти этого класса относилось, скорее, к задачам первой эпидемиологической революции, было ее продолжением и, возможно, поэтому шло в России относительно более успешно.

В то же время обращает на себя внимание чудовищная разница в динамике смертности от внешних причин смерти (рисунок 2). Если в ЕС-15 за четыре десятилетия с 1970 по 2010 г. стандартизованный коэффициент смертности от причин этого класса сократился более чем вдвое (у мужчин на 55%, у женщин на 60%), то в России он, пройдя через несколько резких колебаний, по сути вернулся к тому же уровню, на котором находился в 1970 г.

Если в Западной Европе внешние причины смерти устойчиво находятся на четвертом месте, замыкая список «большой четверки» причин, то в России у женщин они еще в 1980-е годы вышли на третье место, а у мужчин они никогда и не опускались ниже третьего места, а нередко поднимались и до второго (рисунок 1). И при этом совокупный стандартизованный коэффициент смертности от «большой четверки» причин смерти как у мужчин, так и у женщин в 1970 г. был намного выше европейского, а в дальнейшем разрыв только увеличивался (рисунок 3).

Сказанного достаточно, чтобы утверждать, что, по крайней мере в рассмотренных выше странах Западной Европы, вторая эпидемиологическая революция идет весьма успешно. В России же ее пока приходится считать несостоявшейся.

Однако наш анализ следует продолжить.

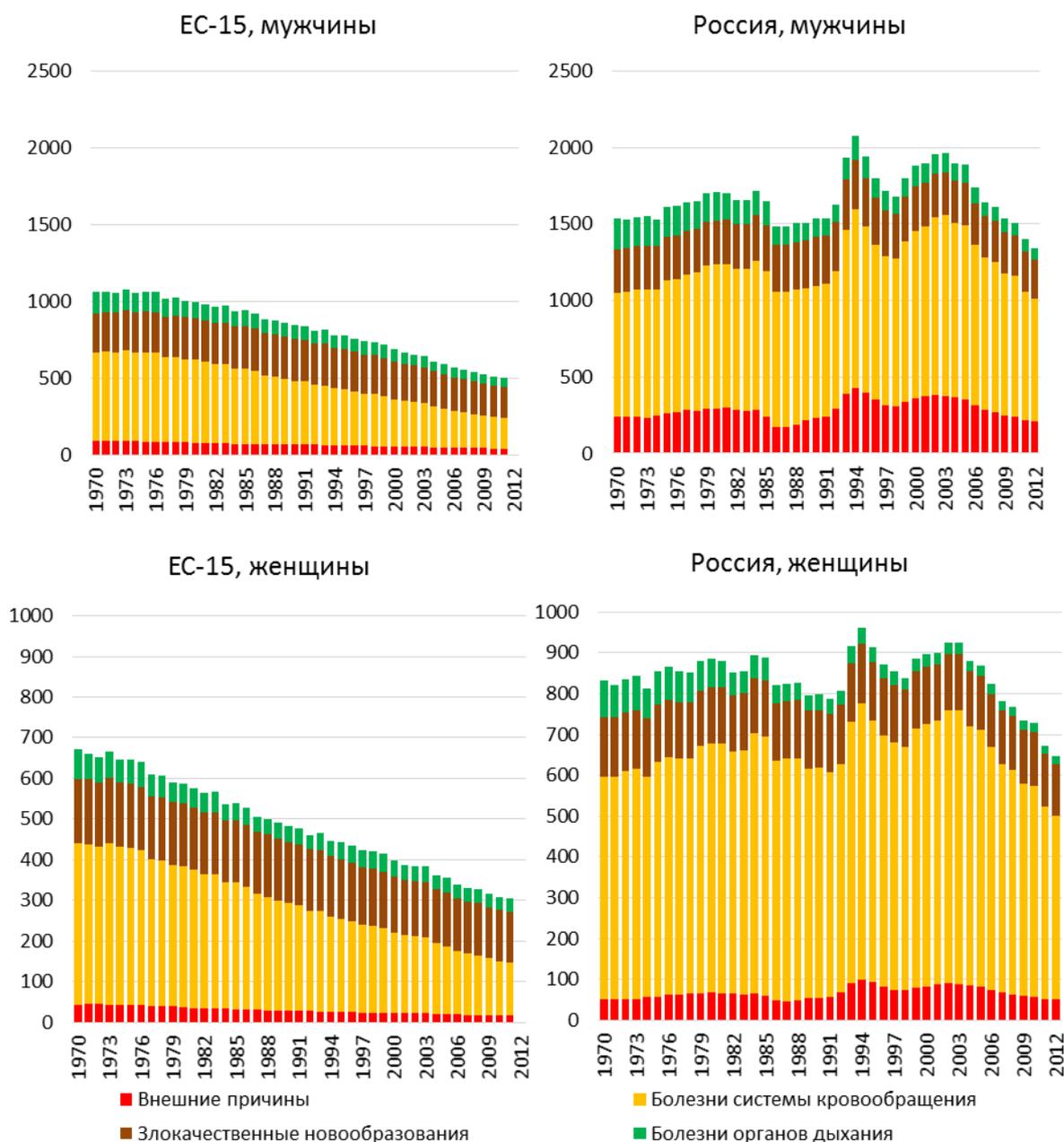


Рисунок 3. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, болезней органов дыхания и внешних причин в России и ЕС-15, на 100 000

Источники: рассчитано на основе [WHO 2014], данных Росстата.

ТОЛЬКО ЛИ КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ?

В современной демографической литературе выражение «вторая эпидемиологическая революция», как правило, не используется, но зато широко распространено представление о «кардиоваскулярной революции», которой отводится главное место в происходивших в последние полвека изменениях в смертности.

Казалось бы, приведенные выше графики не оставляют сомнения в том, что так оно и было, и именно снижение смертности от болезней системы кровообращения определяло всю картину изменений смертности на протяжении последних «революционных» десятилетий. Как можно видеть на примере стран ЕС-15, именно резкое сокращение стандартизованного коэффициента смертности от болезней этого класса и ее доли в смертности «большой четверки» привело к общему снижению коэффициента смертности от четырех причин, взятых вместе. А так как доля большой четверки в общей смертности изменилась незначительно, то снижение смертности от болезней системы кровообращения оказало решающее влияние и на снижение стандартизованного коэффициента смертности от всех причин.

Напомним, однако, об ограничениях аналитических возможностей стандартизованного коэффициента смертности. Этот показатель (удобный инструмент для сравнения между собой разных стран или разных периодов в одной стране) все же не безупречен, в частности, потому, что не позволяет судить о возрастном профиле происходящих изменений, - недостаток, который легко проиллюстрировать на примере смертности от болезней органов дыхания.

Мы видели, что стандартизованный коэффициент смертности от этого класса причин смерти, единственного из «большой четверки», демонстрировал устойчивое снижение в России, даже более быстрое, чем в странах ЕС-15, и, казалось бы, это можно считать российским достижением. В самом деле, в 2011 г. стандартизованный коэффициент смертности российских женщин от болезней органов дыхания был на 33% ниже, чем жительниц ЕС-15. Однако так ли это хорошо?

Снижение смертности от болезней органов дыхания на протяжении последних 50 лет во всех развитых странах происходило за счет того, что все больше исключались смерти от этого класса причин в младших, особенно детских возрастах. На этом пути были достигнуты необыкновенные успехи, болезни органов дыхания, в основном, сохранили свою роль опасной угрозы только для жизни очень пожилых людей, жизнеспособность которых уже в значительной степени исчерпана. Например, средний возраст смерти от причин этого класса с 1960 по 2010 г. вырос для женщин в США на 10,2 года, во Франции – на 10,3, в Италии – на 17,4, в Японии – на 21,4 года. В России же рост составил всего 5,1 года. В результате женщины в России в 2010 г. умирали от этой причины, в среднем, в 68,6 года, тогда как в США – в 82,2, в Италии - в 87,5, во Франции – в 87,7, в Японии – в 89,8 года. С демографической точки зрения умирать от этой причины в этих странах стало «выгодно», и поэтому надо как-то оценить, насколько позитивным следует считать снижение смертности от этой причины и вообще задуматься над тем, что в данном случае следует понимать под «снижением смертности». А для этого надо уйти от стандартизованного коэффициента смертности и воспользоваться какими-то другими аналитическими инструментами.

По крайней мере, один такой инструмент демографам хорошо известен уже несколько столетий. Речь идет о таблицах смертности по причинам смерти, которые позволяют рассматривать одновременно и изменения возрастного профиля смертности от каждой отдельной причины или группы причин смерти, и вероятности для новорожденного

из каждой когорты родившихся – условной или реальной (на практике, конечно, чаще приходится иметь дело с условными когортами) – умереть именно от этой причины. Иными словами, показатели таких таблиц позволяют рассматривать изменения смертности по причинам смерти сразу в двух измерениях³.

Привычное выражение «снижение смертности» весьма неточно, вероятность смерти для всех людей одинакова и всегда равна 100%. На самом деле, когда говорят о «снижении смертности», имеется в виду просто оттеснение смертей к старшим возрастам. Но если говорить о снижении смертности от отдельных причин, ход рассуждения должен измениться. Человек может избежать смерти от данной причины, но в этом случае он умрет от какой-либо другой причины, и важно понять, от каких причин умирать предпочтительнее. У разных людей на этот вопрос могут быть разные ответы, но, с точки зрения демографии, исследующей влияние изменений в смертности на рост общей продолжительности жизни, ответ может быть только один: предпочтительнее рост общего числа умерших от тех причин, от которых умирают, в среднем, в более позднем возрасте.

Поскольку причины смерти конкурируют между собой, реальные изменения могут идти в двух направлениях: с одной стороны, может изменяться средний возраст смерти от каждой причины (группы причин) смерти, с другой - вероятность умереть от каждой из них.

В первом случае рост - всегда вклад в «снижение смертности», уменьшение – в ее «повышение». Во втором случае все не так однозначно. Безусловно выгодно только снижение вероятности смерти от причин с более низким средним возрастом смерти. Снижение же вероятности смерти от причин с более высоким средним возрастом смерти выгодно лишь в двух случаях: либо когда такое снижение компенсируется ростом среднего возраста смерти от этой причины, так что совокупное время, прожитое умершими от нее, хотя бы немного увеличивается; либо, если этого нет, то когда эта причина замещается другими с более высоким или растущим средним возрастом смерти. Как правило, происходит и то, и другое, но здесь возникают сложные взаимодействия, оценить результаты которых не всегда просто.

Возьмем для примера изменения смертности мужского населения Франции за 50 лет между 1960 и 2010 гг. и попытаемся понять, в чем заключались эти изменения в терминах причин смерти.

Совокупное время, прожитое поколением, складывается из совокупного времени, прожитого умершими от каждой из причин (или групп причин) смерти. Соответственно произошедшие за 50 лет изменения можно наглядно проиллюстрировать с помощью предложенной в свое время диаграммы [Андреев, Вишнеvский, Шабуров 1986], представляющей распределение всего прожитого поколением времени по времени, прожитому умирающими от крупных классов причин смерти. По горизонтальной оси на этой диаграмме откладываются вероятности для новорожденного умереть на протяжении жизни от одной из причин (P_i), по вертикальной оси - средний возраст смерти от этой причины или, что то же самое, ожидаемая продолжительность жизни людей, которые от нее

³ В настоящей статье используются таблицы смертности по причинам смерти для России и других стран, построенные и любезно предоставленные автору Е.М. Андреевым.

умрут (\bar{x}_i). Площадь каждого выделенного цветом прямоугольника – совокупное время, прожитое всеми, умершими от i -ой причины, а сумма этих площадей – все совокупное время, прожитое некоторым условным поколением. Понятно, что если $\sum P_i = 1$, то

$$\sum P_i \bar{x}_i = e_0. \quad (1)$$

На рисунке 4 представлены две такие диаграммы, относящиеся к мужскому населению Франции в начале и конце периода.

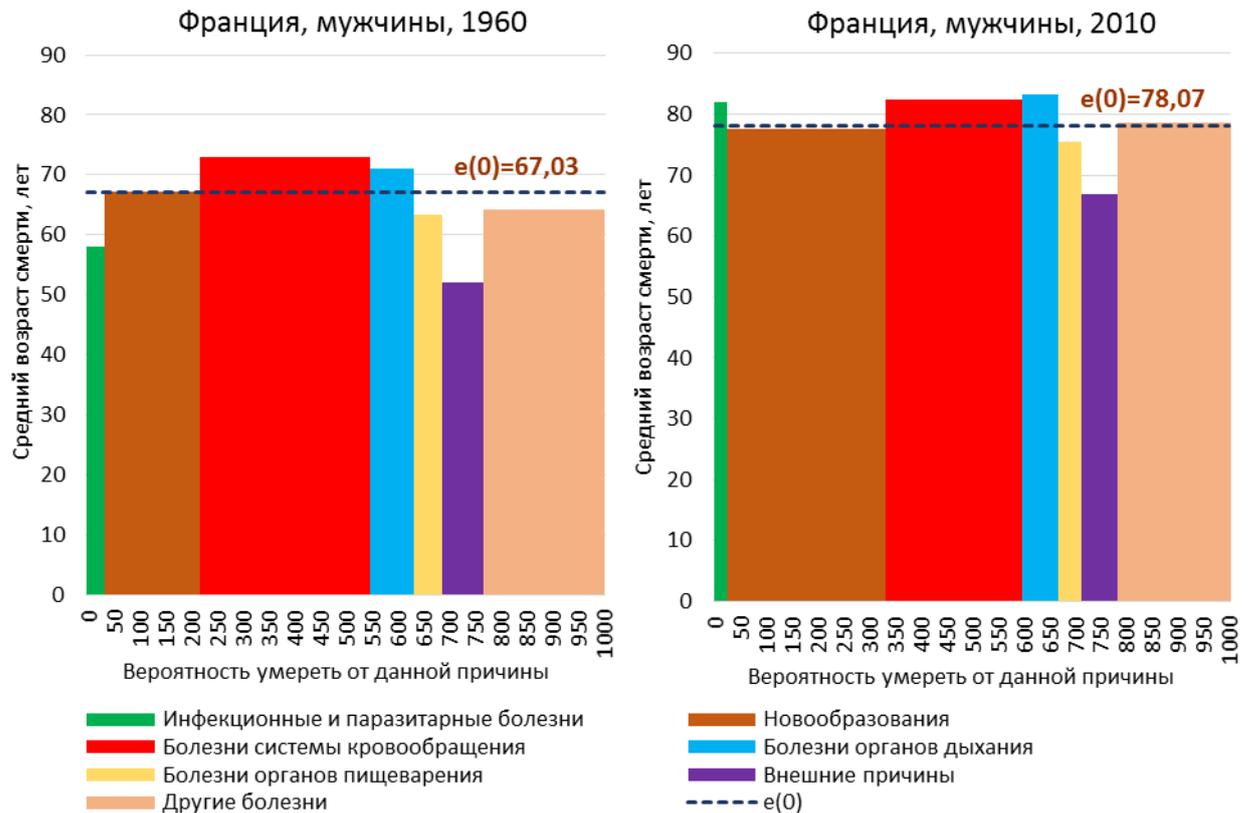


Рисунок 4. Распределение совокупного времени, проживаемого условным поколением, по времени, проживаемому умирающими от крупных классов причин. Франция, мужчины, 1960 и 2010 гг.

Примечание: Пунктирная линия соответствует ожидаемой продолжительности жизни для новорожденного – e(0).

Сопоставление двух графиков на рисунке 4 показывает, что доля умирающих от болезней системы кровообращения в общей численности условной когорты сократилась с 33,1 до 26,4%, а те, кто все же умирал от БСК, умирали позже, средний возраст смерти от них увеличился на 9,4 года. Прямоугольник, соответствующий этой причине смерти, стал уже и выше, но в целом его площадь даже несколько уменьшилась, а значит, уменьшилась и его доля в общей закрашенной площади, т.к. сама эта площадь выросла. Главное же достижение заключалось в том, что успех в повышении среднего возраста смерти от болезней системы кровообращения был мощно поддержан ростом среднего возраста смерти от тех патологий, которые замещали эти болезни как причину смерти. Если не считать рака, то средний возраст смерти от всех крупных классов причин вырос больше, чем от БСК, в частности, от болезней органов дыхания и пищеварения – более чем на 12

лет, от внешних причин – почти на 15 лет. Болезни системы кровообращения потеряли свое первенство по среднему возрасту смерти, уступив его болезням органов дыхания. Что же касается рака, риск умереть от которого у мужского населения Франции сейчас выше, чем риск умереть от болезней системы кровообращения, то хотя средний возраст смерти от него увеличился меньше, чем от БСК, рост все же был очень значительным (на 8,4 года), сейчас средний возраст смерти от рака намного выше среднего возраста смерти от любого другого класса причин в 1960 г., включая и БСК, а площадь соответствующего прямоугольника на графике выросла почти вдвое и превзошла площадь прямоугольника БСК. Как это ни парадоксально, но именно рост ожидаемой продолжительности жизни умирающих от рака внес решающий вклад в общее увеличение ожидаемой продолжительности жизни условной когорты: в целом за 50 лет она выросла на 11 лет.

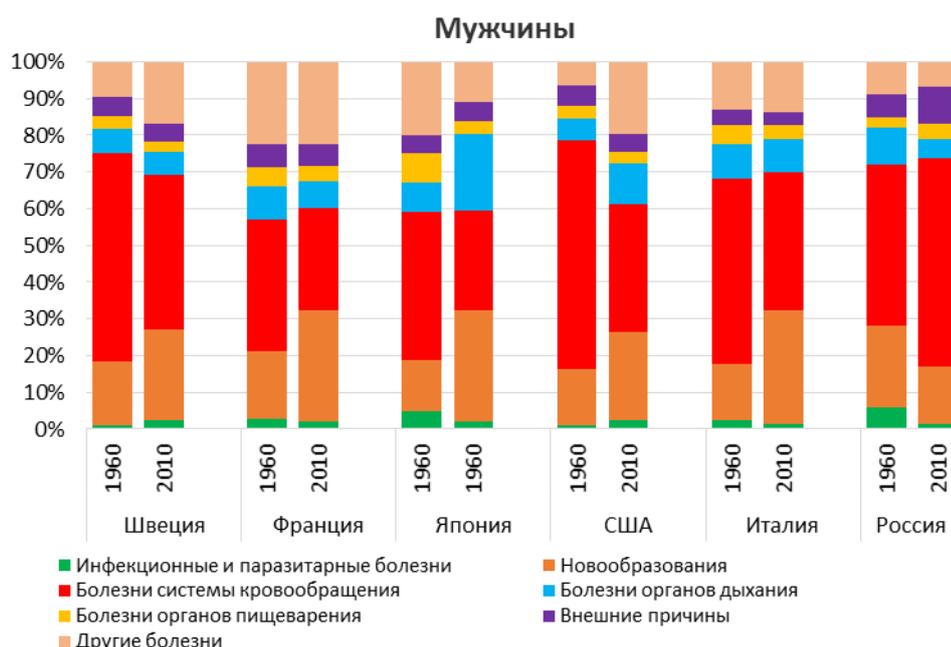


Рисунок 5. Распределение совокупного времени, проживаемого условным поколением, по времени, проживаемому умирающими от крупных классов причин в 1960 и 2010 гг. в некоторых странах, мужчины

Взятое для примера мужское население Франции – не исключение среди развитых стран. Как у мужчин, так и у женщин, изменения в распределении всего совокупного времени, проживаемого условным поколением, по совокупному времени, проживаемому умирающими от крупных классов причин, в большинстве этих стран в главном шли в одном и том же направлении - и не в том, в каком они шли в России (рисунки 5 и 6). При всех различиях между показанными на этих рисунках тремя европейскими странами, США и Японией, в главном прослеживается сходство: сокращается доля совокупного времени, проживаемого умирающими от сердечно-сосудистых заболеваний, но увеличивается доля времени, проживаемого умирающими от рака и от «других болезней» либо, как в случае Японии, от болезней органов дыхания, а в случае США - и от «других болезней», и от болезней органов дыхания. В России же, как видим, изменения противоположные и, кроме того, у мужчин бросается в глаза отсутствующее в других странах заметное увеличение доли совокупного времени, прожитого умирающими от внешних причин.

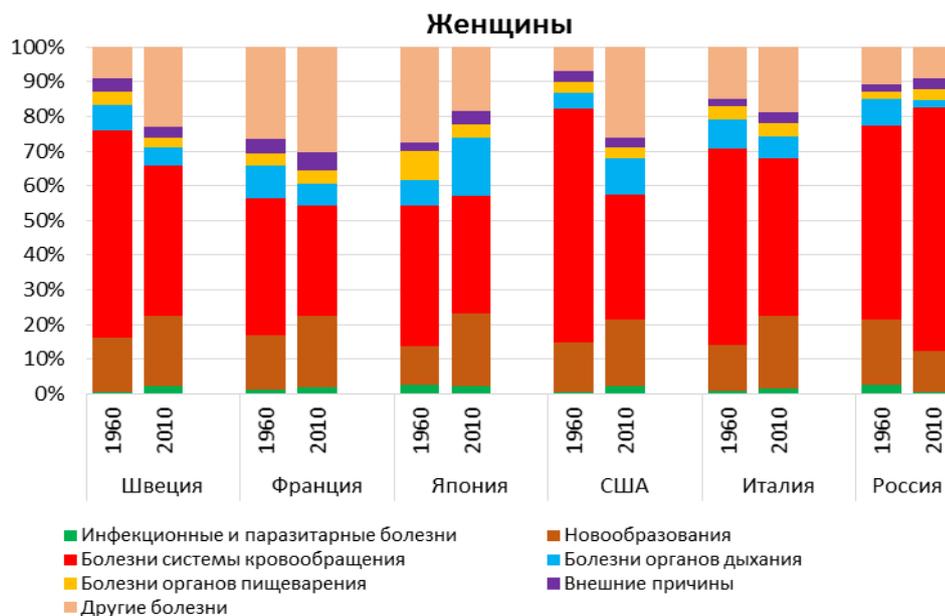


Рисунок 6. Распределение совокупного времени, проживаемого условным поколением, по времени, проживаемому умирающими от крупных классов причин в 1960 и 2010 гг. в некоторых странах, женщины

Характерный для большинства развитых стран (но не для России) тренд, приведший к новой композиции времени жизни людей, умирающих от разных причин смерти, - следствие значительного увеличения среднего возраста смерти от всех крупных классов причин (таблица 1). При этом в случае сердечно-сосудистых заболеваний выигрыш в среднем возрасте смерти, как правило, отнюдь не был самым большим.

Таблица 1. Прирост среднего возраста смерти в некоторых странах за 50 лет (1960-2010), лет

Причина смерти	Франция	Италия	Швеция	США	Япония	Россия
<i>Мужчины</i>						
Инфекционные и паразитарные болезни	21,31	24,20	17,97	13,60	23,75	-8,39
Новообразования	8,43	10,58	7,58	8,61	12,86	-2,47
Болезни системы кровообращения	9,39	8,82	6,78	7,38	10,46	-2,51
Болезни органов дыхания	12,15	18,70	6,14	14,53	19,89	4,66
Болезни органов пищеварения	12,06	18,81	7,59	8,92	11,81	3,66
Другие болезни	14,49	21,54	17,75	29,67	14,60	-2,10
Внешние причины	14,86	16,69	12,48	7,35	20,35	2,62
Все причины	11,04	12,92	8,28	9,74	14,24	-0,59
<i>Женщины</i>						
Инфекционные и паразитарные болезни	26,26	35,45	22,28	20,52	33,46	-6,33
Новообразования	8,95	10,59	8,17	7,84	15,87	-4,55
Болезни системы кровообращения	10,35	10,83	8,01	6,27	14,83	0,85
Болезни органов дыхания	10,32	17,42	5,05	10,17	21,40	5,09
Болезни органов пищеварения	16,76	24,39	8,68	10,53	16,10	5,75
Другие болезни	14,05	20,91	20,01	28,32	15,79	5,76
Внешние причины	12,75	16,75	6,82	2,90	23,81	1,42
Все причины	11,10	13,18	8,60	7,90	16,15	2,56

Если не говорить о России, о которой речь пойдет ниже, то столь значительное увеличение среднего возраста смерти от каждой крупной группы причин, а вследствие этого и от всех причин, взятых вместе, собственно, и означает осуществление

предсказанной М. Террисом «второй эпидемиологической революции», пусть и не столь масштабной, как первая.

Но эта «вторая» революция едва ли сводится к «кардиоваскулярной революции», которая сегодня у всех на слуху. Поистине, революционные изменения затронули всю «большую четверку», да и большинство других причин смерти, сердечно-сосудистые заболевания не демонстрируют каких-то особых, из ряда вон выходящих успехов.

ИЗМЕНЕНИЯ В СМЕРТНОСТИ ЗА ПОЛВЕКА В РОССИИ И ВО ФРАНЦИИ

Теперь обратимся к России, в которой, как уже отмечалось, вторая эпидемиологическая революция пока не состоялась. В чем конкретно проявляется российская стагнация, и где мы несем наибольшие потери?

Сначала рассмотрим особенности изменений смертности в России за последние полстолетия.

Мы видели, какие огромные изменения в распределении времени жизни мужского поколения по времени, проживаемому умирающими от крупных классов причин смерти, произошли за 50 лет между 1960 и 2010 г. во Франции. Какие-то изменения происходили и в России. Однако если во Франции эти изменения дают все основания говорить о второй эпидемиологической революции, то в России, скорее, напротив, свидетельствуют о ее отсутствии.

Для начала сравним ситуацию в двух странах с помощью графиков на рисунках 4 (Франция) и 7 (Россия).

Различия сразу бросаются в глаза. В России - практически никакого роста высоты основных столбиков при их значительном росте во Франции; расширение основания прямоугольника, соответствующего болезням системы кровообращения при сужении основания прямоугольника новообразований (во Франции – наоборот); значительное расширение низкого столбика внешних причин при том, что во Франции он стал несколько уже, но намного выше; сужение и снижение столбика «других причин» - полная противоположность тому, что наблюдалось во Франции. В итоге сумма закрашенных площадей (т.е. совокупное время, прожитое условным поколением) на российском графике не изменилась, что говорит о полной стагнации, на французском же графике значительно увеличилась, свидетельствуя о приросте средней продолжительности жизни для поколения на 11 лет.

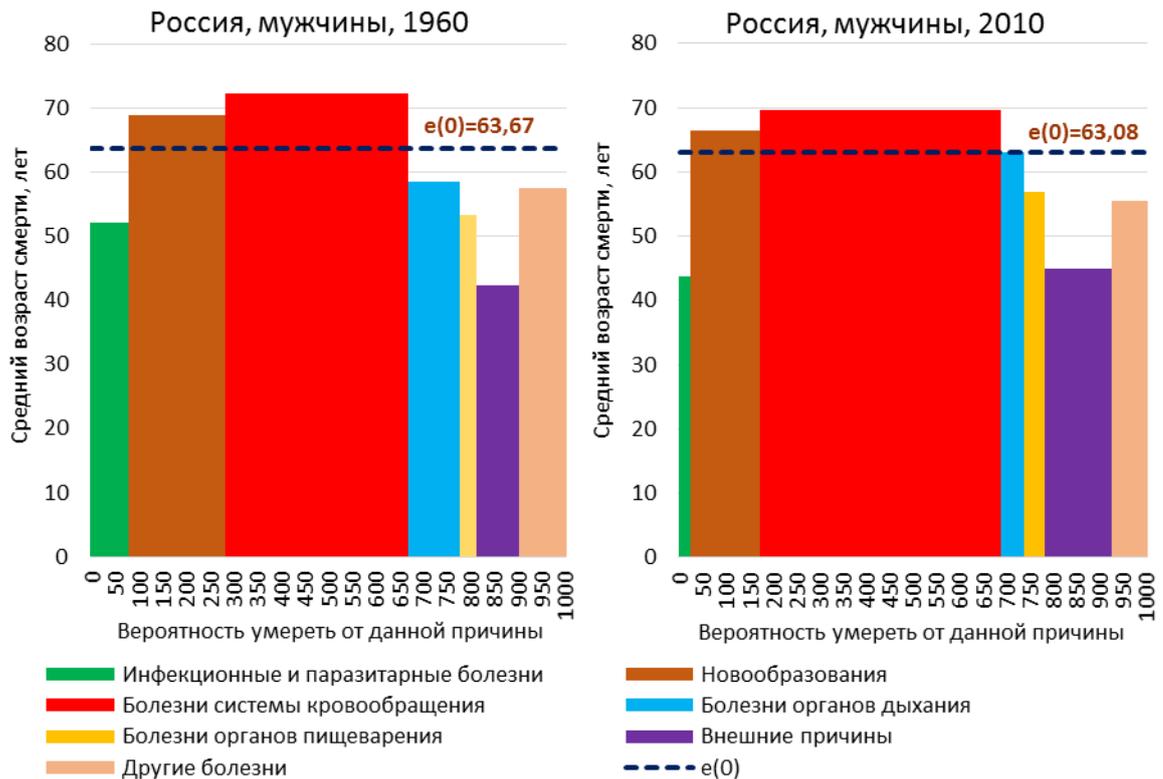


Рисунок 7. Распределение совокупного времени, проживаемого условным поколением, по времени, проживаемому умирающими от крупных классов причин. Россия, мужчины, 1960 и 2010 гг.

Примечание: Пунктирная линия соответствует ожидаемой продолжительности жизни для новорожденного – e(0).

Нынешняя (2010 г.) российская картинка заметно хуже французской картинке пятидесятилетней давности (верхняя часть рисунка 8). А уж ее сравнение с современной французской картинкой (нижняя часть того же рисунка) с очевидностью говорит о потерянных 50 годах: на фоне второй эпидемиологической революции во Франции ни о чем подобном в России говорить не приходится.

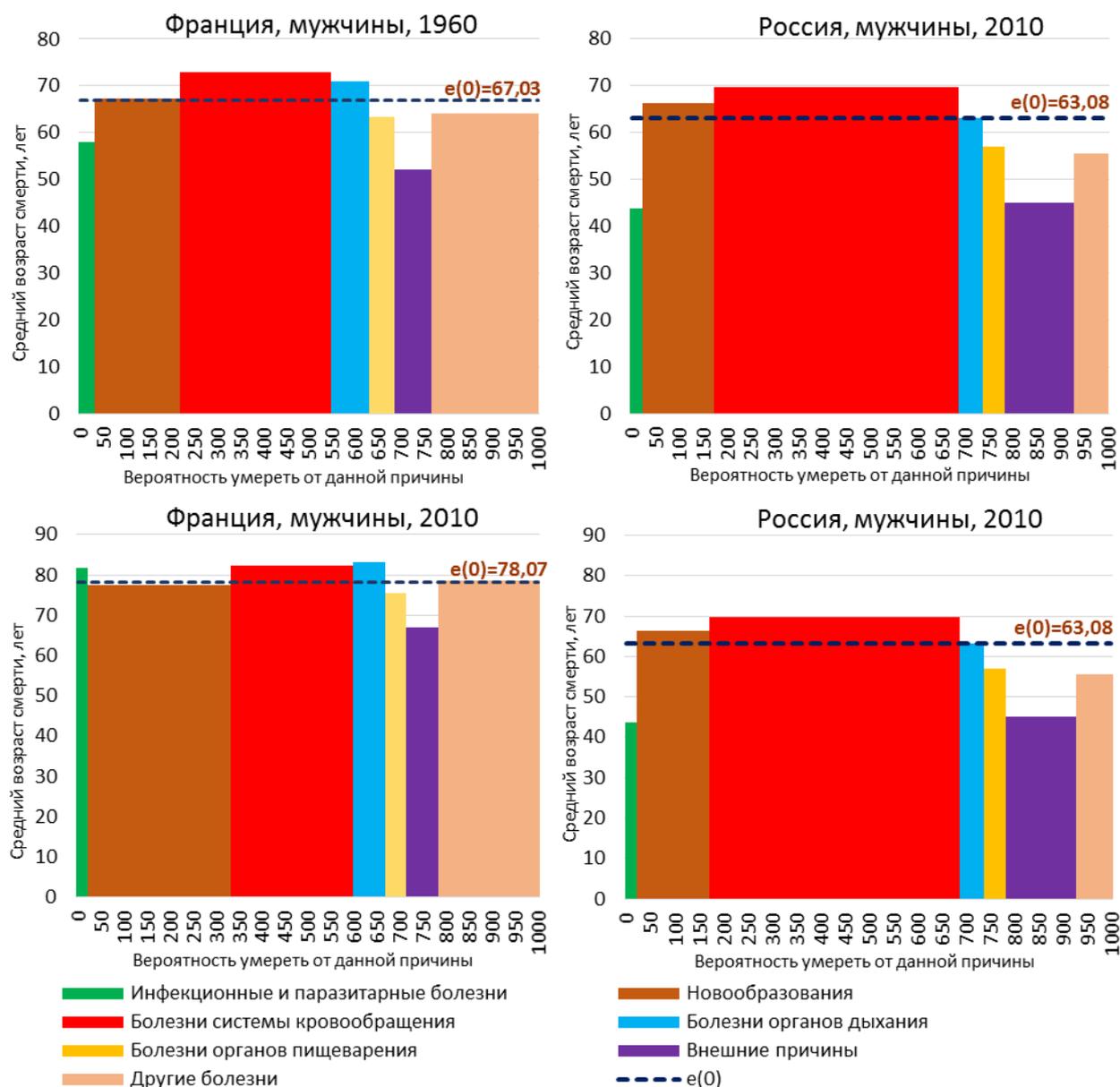


Рисунок 8. Распределение совокупного времени, проживаемого условным поколением, по времени, проживаемому умирающими от крупных классов причин. Франция, мужчины (1960 и 2010 гг.) и Россия (2010 г.)

Примечание: Пунктирная линия соответствует ожидаемой продолжительности жизни для новорожденного – $e(0)$.

Попытаемся рассмотреть изменения, происходившие в двух странах, более подробно. Для этого также воспользуемся возможностями, предоставляемыми таблицами смертности по причинам смерти, которые содержат, в частности, данные о распределении чисел умирающих по возрасту и причинам смерти - числа d_{xi} (x – возраст, i – причина смерти). Это так называемые *табличные числа*, не зависящие от фактической возрастной структуры.

Сопоставим матрицы изменений чисел d_{xi} в двух странах ($2010d_{xi}$ - $1960d_{xi}$) (таблицы 2-5).

Таблица 2. Изменения чисел умирающих по возрастным группам и причинам смерти между 1960 и 2010 гг. ($_{2010}d_{xi} - 1960d_{xi}$). Мужское население Франции, на 100 000 смертей

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины	Другие болезни	Все причины
0	-73	-6	-20	-291	-72	-54	-2165	-2681
1-4	-38	-43	-13	-69	-15	-96	-159	-434
5-9	-11	-35	-6	-9	-9	-68	-31	-169
10-14	-4	-25	-7	-9	-8	-58	-33	-144
15-19	-7	-31	-17	-11	-3	-149	-29	-247
20-24	-16	-29	-19	-10	-7	-138	-33	-251
25-29	-32	-37	-36	-8	-23	-212	-29	-377
30-34	-79	-44	-61	-19	-41	-197	-75	-516
35-39	-107	-54	-104	-40	-69	-158	-68	-600
40-44	-145	-60	-171	-48	-106	-186	-85	-802
45-49	-201	-116	-380	-95	-200	-220	-166	-1378
50-54	-273	-65	-689	-187	-327	-283	-272	-2096
55-59	-317	-41	-1259	-261	-439	-335	-405	-3057
60-64	-351	-99	-2005	-408	-514	-324	-696	-4397
65-69	-296	353	-2956	-535	-526	-217	-1006	-5184
70-74	-218	852	-3754	-692	-399	-118	-1276	-5605
75-79	-40	2034	-3362	-671	-76	96	-1108	-3127
80-84	198	3278	-727	-136	248	396	-31	3226
85+	805	6929	8903	2115	1100	1686	6301	27839
Всего	-1205	12760	-6683	-1385	-1486	-634	-1367	0

Таблица 3. Изменения чисел умирающих по возрастным группам и причинам смерти между 1960 и 2010 гг. ($_{2010}d_{xi} - 1960d_{xi}$). Мужское население России, на 100 000 смертей

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины	Другие болезни	Все причины
0	-416	-2	12	-1506	-541	-17	-674	-3144
1-4	-297	-10	0	-287	-46	-92	-77	-808
5-9	-83	-20	-16	-35	-13	-182	-35	-384
10-14	-47	-11	-14	-20	-10	-99	-22	-223
15-19	-41	-17	-35	-9	-11	-52	-33	-197
20-24	-74	-19	4	-5	3	136	-6	40
25-29	-15	-23	122	37	75	375	83	653
30-34	27	-70	290	91	181	662	167	1349
35-39	-107	-56	520	106	240	439	190	1331
40-44	-164	-302	651	52	277	811	218	1541
45-49	-330	-217	1193	60	301	596	207	1810
50-54	-376	-452	1460	-105	318	895	234	1974
55-59	-685	-459	1935	-228	283	498	151	1495
60-64	-271	296	1014	-434	354	742	-325	1375
65-69	-385	139	1103	-562	181	396	-569	303
70-74	-480	-297	1456	-668	90	204	-788	-483
75-79	-489	-846	1668	-654	-28	25	-721	-1046
80-84	-452	-1315	872	-750	-87	-93	-205	-2030
85+	-511	-2006	498	-959	-174	-186	-219	-3557
Всего	-5197	-5687	12734	-5876	1391	5058	-2424	0

Таблица 4. Изменения чисел умирающих по возрастным группам и причинам смерти между 1960 и 2010 гг. ($2010d_{xi} - 1960d_{xi}$). Женское население Франции, на 100 000 смертей

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины	Другие болезни	Все причины
0	-62	-6	-17	-212	-46	-45	-1635	-2024
1-4	-35	-32	-6	-59	-13	-64	-139	-349
5-9	-11	-25	-6	-9	-6	-33	-36	-127
10-14	-8	-20	-11	-8	-5	-15	-20	-87
15-19	-8	-22	-12	-9	-6	-50	-35	-141
20-24	-22	-36	-25	-10	-6	-55	-62	-216
25-29	-37	-25	-32	-15	-20	-51	-78	-259
30-34	-56	-52	-45	-15	-39	-44	-100	-352
35-39	-65	-122	-67	-21	-69	-39	-113	-496
40-44	-58	-148	-111	-28	-108	-11	-122	-586
45-49	-59	-236	-230	-38	-136	-26	-135	-860
50-54	-64	-220	-448	-51	-200	-23	-181	-1187
55-59	-69	-213	-752	-76	-239	-65	-306	-1719
60-64	-78	-332	-1378	-181	-283	-88	-508	-2848
65-69	-94	-342	-2612	-377	-319	-125	-959	-4827
70-74	-86	-296	-4192	-689	-303	-176	-1495	-7237
75-79	-16	108	-5548	-1085	-166	-216	-1893	-8818
80-84	155	1199	-4113	-1177	92	-102	-1333	-5279
85+	1154	6214	12978	1222	1815	1905	12125	37412
Всего	478	5393	-6626	-2838	-59	677	2975	0

Таблица 5. Изменения чисел умирающих по возрастным группам и причинам смерти между 1960 и 2010 гг. ($2010d_{xi} - 1960d_{xi}$). Женское население России, на 100000 смертей

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины	Другие болезни	Все причины
0	-379	-1	10	-1195	-466	-14	-511	-2557
1-4	-291	-13	0	-285	-38	-63	-83	-773
5-9	-77	-9	-19	-33	-10	-66	-33	-247
10-14	-47	-9	-21	-18	-7	-24	-23	-149
15-19	-56	-12	-35	-8	-8	-6	-35	-161
20-24	-78	-14	-36	-4	3	27	-70	-171
25-29	-46	-11	-17	10	38	129	-77	26
30-34	-27	-49	14	27	81	182	-37	190
35-39	-97	-19	59	20	117	164	-67	177
40-44	-63	-191	87	10	141	213	17	215
45-49	-116	-175	196	6	158	177	0	246
50-54	-106	-210	178	-40	201	233	50	306
55-59	-172	-301	596	-58	304	205	62	636
60-64	-73	566	-451	-290	274	249	-220	55
65-69	-124	422	74	-414	194	195	-441	-94
70-74	-214	1	604	-689	132	125	-856	-897
75-79	-275	-624	3004	-834	111	83	-885	580
80-84	-327	-1457	4087	-1008	38	11	-15	1328
85+	-521	-3394	6283	-1652	-149	-100	821	1288
Всего	-3090	-5501	14612	-6454	1115	1719	-2402	0

Отрицательные значения в таблицах означают уменьшение числа смертей между 1960 и 2010 гг., положительные – увеличение.

Рассмотрим вначале интересующие нас изменения в возрастном разрезе.

В правом, итоговом, столбце французской таблицы для **мужчин** все числа, за исключением двух последних (в возрасте 80 лет и старше), – отрицательные. Это значит, что во всех возрастах до 80 лет общее число смертей сократилось: из каждых 100 000 смертей более 31 000 сдвинулись в самые старшие возраста⁴. В российской таблице изменений мало, отрицательные числа, причем часто очень небольшие, относятся к возрастам до 20 и старше 70 лет, здесь число смертей сокращалось. Но зато оно увеличивалось, и довольно заметно, в средних возрастах от 20 до 70 лет именно в эти возрастные группы сдвинулось почти 12 000 из каждых 100 000 смертей.

Во французской таблице для **женщин** в правом столбце знаком «минус» отмечены все значения до 85 лет: сдвиг смертей к старшим возрастам заметнее, чем у мужчин, за границу 85 лет сместилось более 37 000 из каждых 100 000 смертей. Российская таблица для женщин еще больше, чем мужская, характеризует долговременный застой ситуации со смертностью, изменения едва заметны, а там, где они есть, они далеко не всегда благоприятны. Отрицательные значения, говорящие об уменьшении числа смертей, в правом столбце – только в возрастах до 25 лет и 65-74 года. В старшие возраста (75 лет и старше) сдвинулось всего (округленно) 3200 на каждые 100 000 смертей, из них на возраста 85 лет и старше – менее 1300 на 100 000. При этом прибавилось 1850 на каждые 100 000 смертей в средних возрастах (от 25 до 65 лет). Вся эта картина наглядно отражена на рисунке 9.

Посмотрим теперь, как табличные числа смертей изменялись в разрезе крупных классов причин смерти.

В последней, итоговой, строке французской таблицы для **мужчин** все числа, за исключением числа смертей от рака, отрицательные, а все приращение числа смертей от рака пришлось на возрасты старше 65, а особенно старше 75 лет. В последней строке российской таблицы число смертей от рака отрицательное, причем, в противоположность Франции, их наибольшее сокращение произошло именно в самых старших возрастах. Но зато примерно на столько, на сколько во Франции увеличилось число смертей от новообразований (12 760 на 100 000), в России выросло число смертей от болезней системы кровообращения (12 734 на 100 000). Разница только в том, что в России почти 90% этого прироста составили смерти в возрасте до 80 лет, в том числе 62% – от 35 до 70 лет.

⁴ Заметим, что нынешние оценки чисел d_{xi} для старших возрастов могут оказаться не вполне достоверными из-за традиционного исчисления показателей для «открытого» интервала 85 лет и старше, что было оправдано, когда на этот интервал приходилось относительно небольшое число смертей. Когда же оно стало увеличиваться, потребовалась более детальная разработка данных внутри этого интервала. Сейчас некоторые развитые страны (пока не все) переходят к разработке показателей смертности по причинам смерти с выделением групп 85-89, 90-94, 95+, возможно, в дальнейшем это приведет к уточнению имеющихся сегодня оценок.

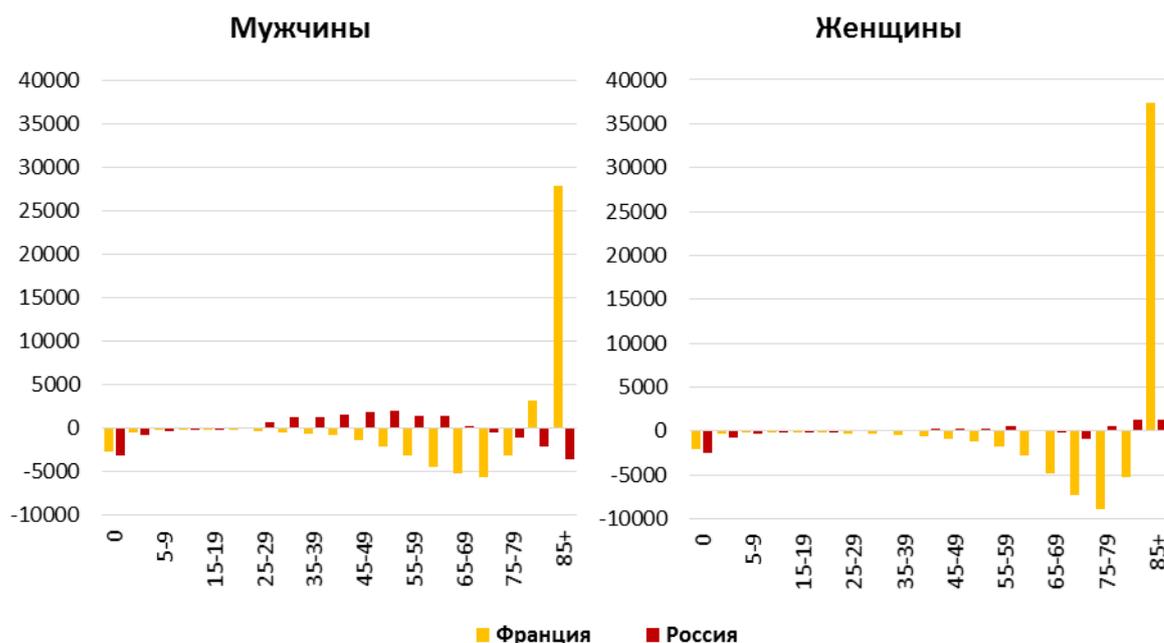


Рисунок 9. Изменения табличных чисел умирающих (d_x) за 1960-2010 гг. по возрастным группам во Франции и в России, на 100 000 смертей

Отдельно скажем о внешних причинах смерти. У мужского населения Франции их число увеличилось только в возрастах старше 75, а особенно старше 85 лет, но в целом для всех возрастов оно сократилось. В России это число значительно выросло, причем рост шел во всех возрастных группах от 20 до 80 лет, прирост в возрастах от 20 до 45 лет был большим, чем от болезней системы кровообращения.

Характер различий последних строк французской и российской таблиц для **женщин** примерно такой же, что и для мужчин. Несколько чаще изменения идут не в противоположном, а в одном и том же направлении, хотя масштаб изменений разный. Например, число смертей от внешних причин у женщин выросло и в России, и во Франции, но во Франции рост был значительно меньшим (см. также рисунок 10).

Если коротко обобщить результаты нашего сравнительного анализа изменений смертности в двух странах, можно сказать, что рядом с безостановочными успехами в отеснении смерти от всех причин к старшим возрастам во Франции, которая, как мы видели, в этом отношении мало отличается от большинства развитых стран, ситуация в России на протяжении полувека выглядит беспомощным топтанием на месте.

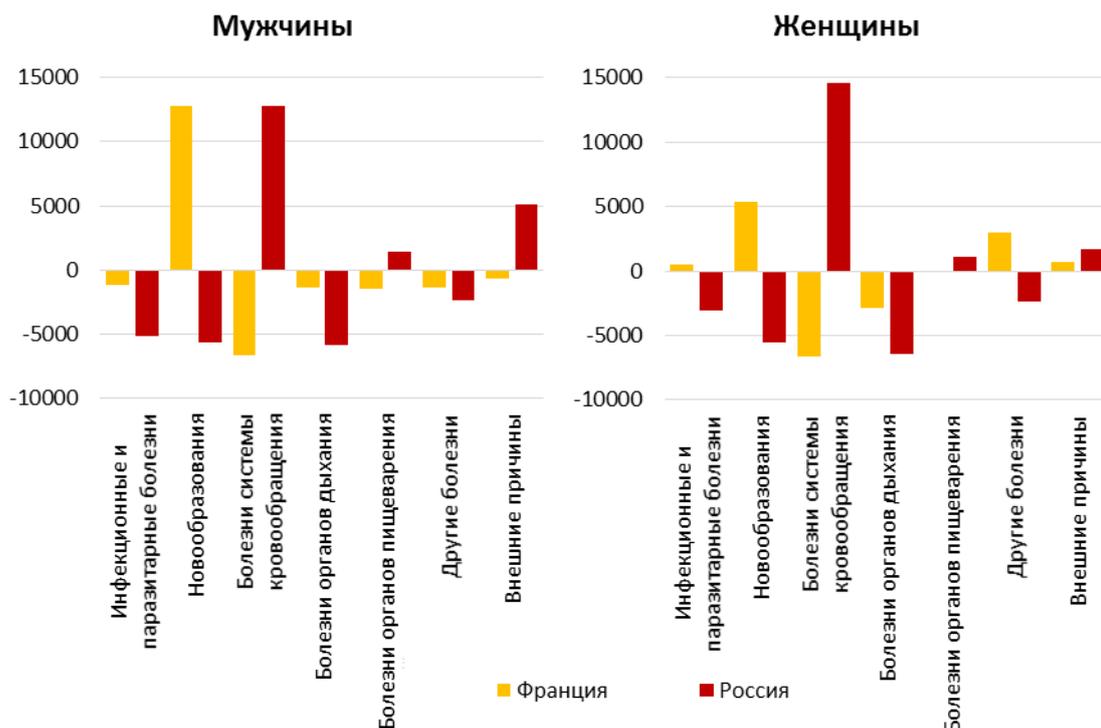


Рисунок 10. Изменения табличных чисел умирающих (d_x) за 1960-2010 гг. по крупным группам причин смерти во Франции и в России, на 100 000 смертей

В ЧЕМ ПРОИГРЫВАЕТ РОССИЯ?

Принес ли какие-нибудь изменения к лучшему последний период российской истории – после 1991 г.? Отрицательный ответ на этот вопрос уже отчасти был дан выше при сопоставлении стандартизованных коэффициентов смертности в России и в странах ЕС-15. Но в целях лучшего понимания тенденций последних десятилетий продолжим это сопоставление, обратившись к анализу эволюции возрастных моделей смертности от главных групп неинфекционных причин смерти: сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований и внешних причин. Именно в сохраняющихся и даже увеличивающихся различиях этих моделей в странах ЕС-15 и в России – ключ к пониманию нашего отставания.

Начнем с главной причины потерь в России, и (по крайней мере, до недавнего времени) в ЕС-15 - болезней системы кровообращения.

В России у мужчин число смертей от этой причины начинает быстро нарастать уже после достижения 25-летнего возраста, основная масса умирающих от этих причин концентрируется в возрастах до 70-75 лет, после чего их доля даже сокращается (рисунок 11). В странах Западной Европы рост начинается позже (российские показатели, фиксируемые в 25 лет, там не достигаются и к 40 годам), кривые поднимаются гораздо менее круто, но зато этот подъем длится до самых поздних возрастов, так что пик умерших от болезней системы кровообращения приходится не на 70-75 лет, как в России, а ближе к 90 годам. У женщин возрастное распределение смертей от болезней системы

кровообращения больше похоже на западноевропейское, но все же тоже сильно сдвинуто в сторону более молодых возрастов.

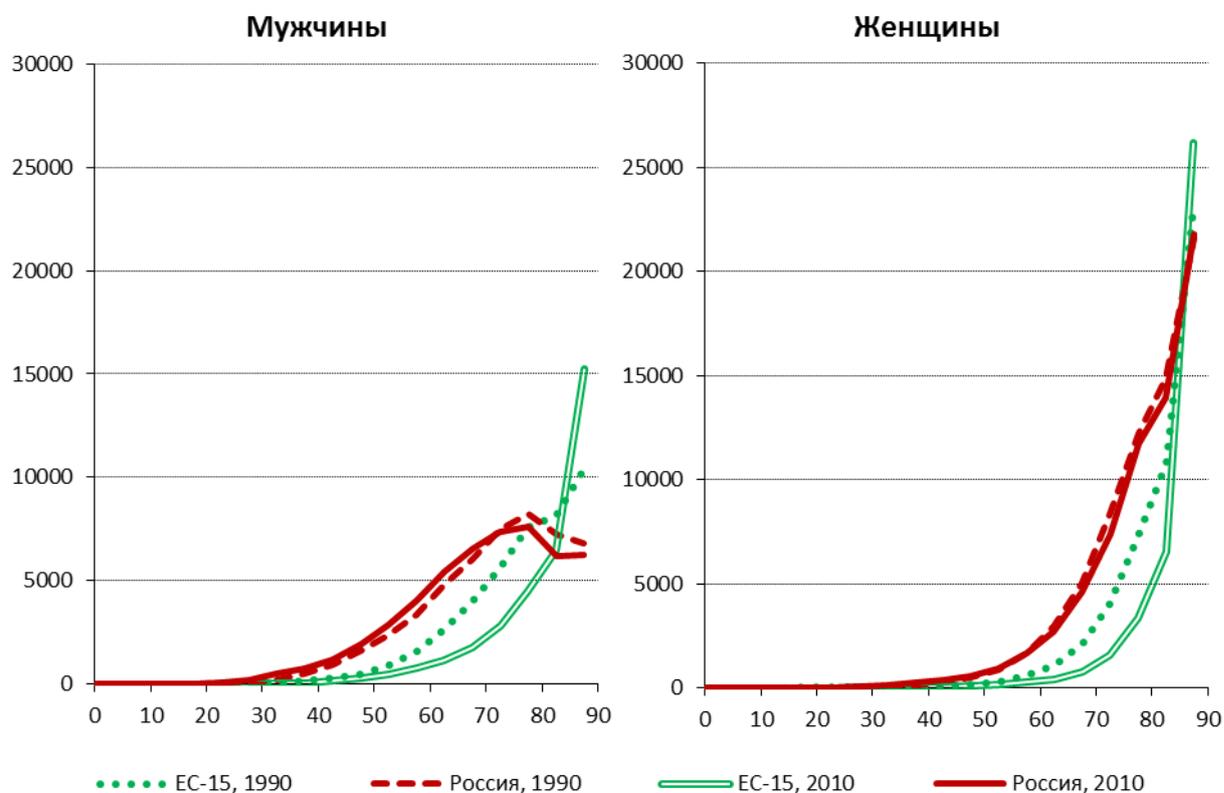


Рисунок 11. Возрастное распределение табличных чисел умирающих (d_x) от болезней системы кровообращения

Несколько иначе выглядит возрастное распределение умирающих от онкологических заболеваний (рисунок 12). Пик числа умерших в России и в этом случае достигается раньше, чем в странах ЕС-15. Но возраст начала роста и крутизна кривых до достижения 60-65 лет в России и в странах ЕС-15 примерно одинаковы. В старших возрастах российские и западноевропейские кривые сильно расходятся, но все же в целом потери от рака разнятся намного меньше, чем от сердечно-сосудистых заболеваний.

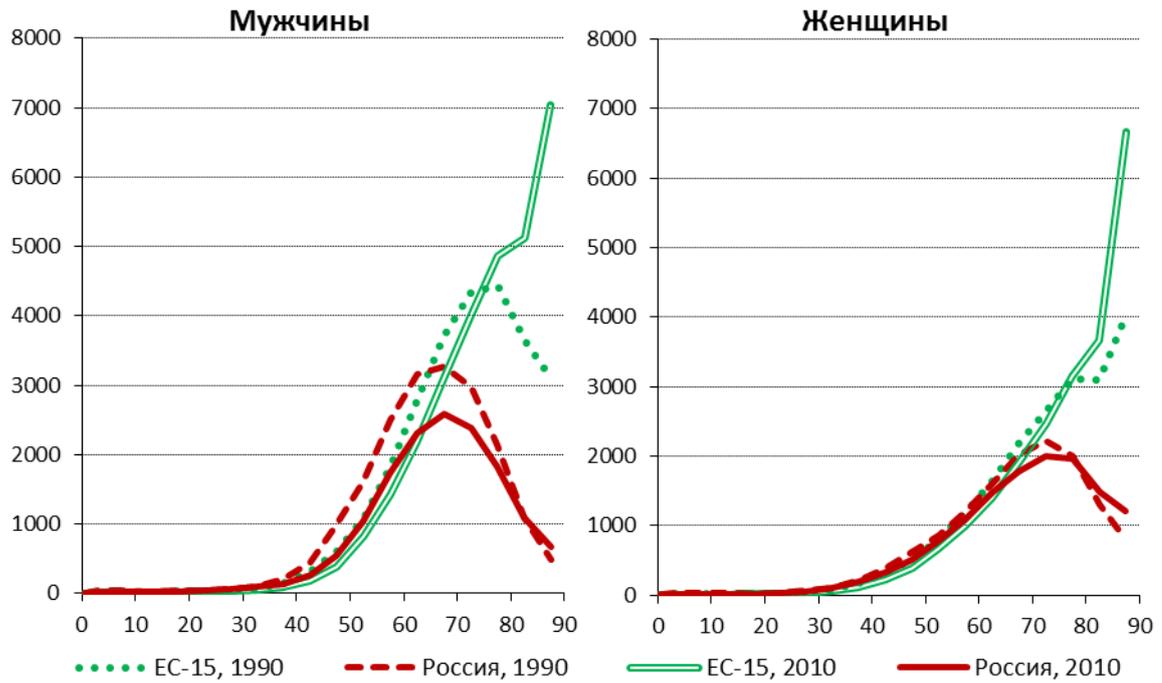


Рисунок 12. Возрастное распределение табличных чисел умирающих (d_x) от новообразований

Но где различия особенно разительны, так это в возрастном распределении смертей от внешних причин (рисунок 13).

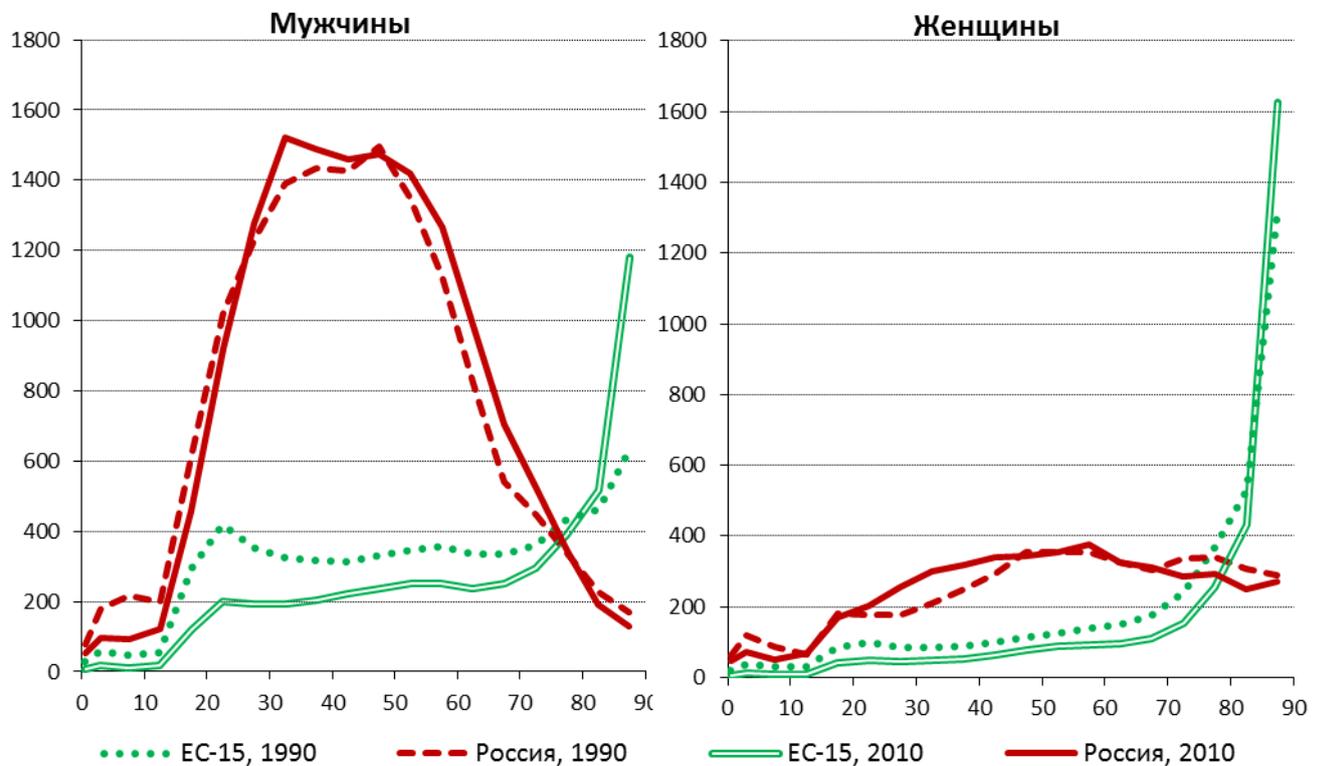


Рисунок 13. Возрастное распределение табличных чисел умирающих (d_x) от внешних причин

Здесь отличия России от стран ЕС-15 исключительно велики, особенно у мужчин. Создается впечатление, что Россия и западноевропейские страны относятся к разным цивилизациям. Смертность взрослых мужчин от внешних причин смерти в разы выше, чем в сравниваемых странах. Соответственно и потери от этого вида смертности чрезвычайно велики.

Рисунки 11-13 позволяют также судить и об *изменениях* возрастного распределения чисел умирающих за два десятилетия (между 1990 и 2010 гг.). Кривые для стран ЕС-15 демонстрируют более или менее выраженную тенденцию сдвигаться вниз и вправо, «прогибаясь» в сторону правого нижнего угла графика. При сравнении кривых 1990 и 2010 гг. ясно видно, что правый конец кривых 2010 г. все увереннее устремляется вверх, свидетельствуя о смещении все большего числа смертей от каждого из рассматриваемых классов причин к самым старшим возрастам. Особенно ярко перемены заметны у мужчин, прежде всего в возрастном распределении смертей от рака, где принципиально изменилось направление движения кривой в старших возрастах, хотя достаточно серьезные подвижки произошли и в распределении мужских смертей от болезней системы кровообращения и внешних причин. У женщин тенденция та же, но выражена слабее, возможно потому, что подобные сдвиги произошли у них раньше, еще до 2010 г.

Российские возрастные кривые смертности, особенно для мужчин, как правило, никакого прогиба в сторону правого нижнего угла графика, свидетельствующего об успехах второй эпидемиологической революции, не демонстрируют.

«ИЗБЫТОЧНАЯ СМЕРТНОСТЬ» И ЕЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ВОЗРАСТНО-ПРИЧИННЫМ ГРУППАМ

Подобно тому, как это уже было сделано выше при сравнении *изменений* смертности по причинам смерти в России и Франции за 50 лет, можно подробнее рассмотреть и *текущие* различия в смертности между Россией и странами ЕС-15 с помощью матриц различий или «диагностических таблиц» (впервые такие таблицы были представлены в [Вишневецкий, Школьников 1997: 78-81]), позволяющих сравнивать распределение всех смертей по возрасту и причинам смерти (чисел d_{xi}) и выделить «возрастно-причинные группы риска» для населения России, указав для каждой из них избыточное по сравнению с ЕС-15 число смертей в возрасте x от причины i ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$).

Ограничимся возрастом 70 лет и рассмотрим в качестве преждевременных российских потерь только избыточные по сравнению с западноевропейскими странами (ЕС-15) смерти до достижения этого возрастного рубежа. Наш анализ будет заключаться в оценке вклада в общую величину таких потерь каждого класса причин по пятилетним возрастным группам и выявлении основных «возрастно-причинных групп», ответственных за эти потери.

В таблицах 6 и 7 приведены избыточные числа смертей для всех выделенных в таблицах возрастно-причинных групп для мужчин и для женщин в условиях смертности 2010 г.

Таблица 6. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) мужских смертей в возрасте до 70 лет в России по сравнению с ЕС-15, на 100 000 мужчин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 2010

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Другие болезни	Внешние причины	Все причины
0	99	6	6	176	6	936	97	1326
1-4	28	19	3	58	4	97	154	362
5-9	6	13	3	11	2	45	160	240
10-14	3	10	5	7	2	26	171	225
15-19	16	18	29	18	8	63	685	837
20-24	82	22	117	41	29	156	1603	2049
25-29	147	27	207	63	57	193	1744	2437
30-34	190	35	375	95	100	197	1752	2742
35-39	242	78	685	168	145	217	1845	3380
40-44	289	158	1225	248	179	258	1991	4348
45-49	298	317	1948	360	191	275	2013	5402
50-54	254	406	2762	442	176	243	1806	6089
55-59	196	483	3570	492	131	115	1474	6462
60-64	111	47	4403	507	59	-65	994	6056
65-70	2	-803	4649	386	-26	-353	534	4390
Всего	1964	836	19987	3068	1063	2402	17023	46344

Число избыточных смертей:	Более 1000	500-1000	300-500	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	------------	----------	---------	---------	--------	----------

Таблица 7. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) женских смертей в возрасте до 70 лет в России по сравнению с ЕС-15, на 100 000 женщин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 2010

Возраст	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Другие болезни	Внешние причины	Все причины
0	71	5	6	139	7	659	83	970
1-4	21	17	3	58	2	75	109	284
5-9	5	9	4	9	2	31	72	133
10-14	3	9	2	4	1	18	70	106
15-19	10	14	12	8	4	38	216	302
20-24	23	21	26	15	9	60	285	440
25-29	31	31	51	19	22	65	300	518
30-34	36	60	100	29	31	77	320	653
35-39	36	89	171	39	46	81	362	825
40-44	41	133	327	51	68	84	408	1112
45-49	35	191	613	73	83	107	466	1568
50-54	30	200	1117	73	109	119	504	2152
55-59	20	188	1981	71	162	124	506	3051
60-64	0	41	3065	43	122	44	380	3696
65-70	-28	-171	5182	30	102	-72	312	5355
Всего	333	837	12659	662	772	1510	4393	21165

Число избыточных смертей:	Более 1000	500-1000	300-500	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	------------	----------	---------	---------	--------	----------

Цифра в правом нижнем углу таблиц показывает, что в 2010 г. в России, по сравнению со странами ЕС-15, из каждых 100 000 мужских смертей во всех возрастах более 46 000, а из каждых 100 000 женских смертей более 21 000 можно было считать избыточными, в ЕС-15 они наступили бы уже после достижения 70 лет. Итоговые строки таблиц показывают, что порядка 80% всех избыточных смертей (79,9% у мужчин и 80,6% у женщин), обусловлены двумя классами причин смерти: болезнями системы кровообращения и внешними причинами. В целом, конечно, первенствуют болезни системы кровообращения, но до достижения возраста 50 лет у мужчин и 45 лет у женщин это не так. До указанных возрастов главный источник нашей избыточной смертности – внешние причины смерти. Вклад всех остальных причин смерти значительно меньше.

Подобные «диагностические таблицы» были составлены и для 1990 и 2000 г. (см. Приложение). Обобщенная картина отставания России от стран ЕС-15 вследствие различий в смертности от разных причин смерти на три даты (1990, 2000, 2010 г.) представлена на рисунке 14. На графике ясно виден как общий рост этого отставания, так и непопозволительно высокий вклад в это отставание внешних причин смерти, у мужчин они все время почти конкурируют с болезнями системы кровообращения.

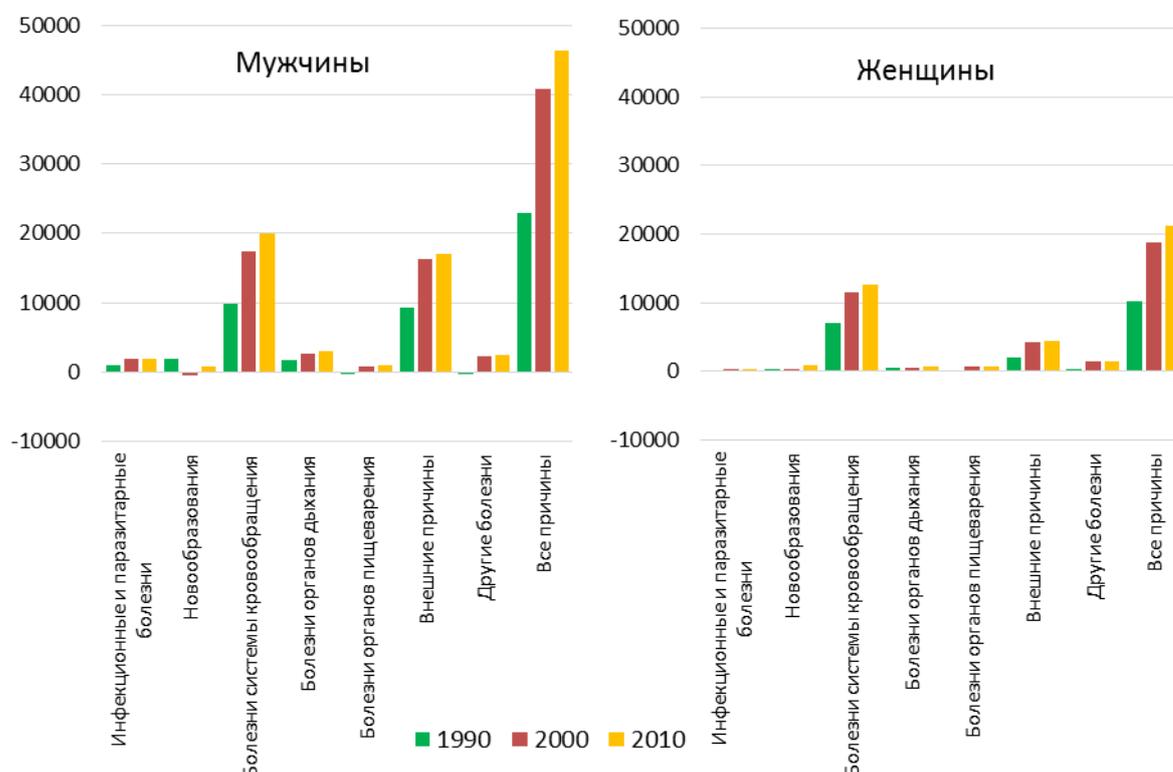


Рисунок 14. Избыточные табличные числа умерших от различных причин (d_i) в возрасте до 70 лет на 100 умерших во всех возрастах в России по сравнению со средними значениями для стран ЕС-15, 1990, 2000 и 2010 г.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ И ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Избыточная по сравнению со странами ЕС-15 смертность от некоторых важнейших причин смерти в относительно молодых возрастах предопределяет значительное отставание России от этих стран по ожидаемой продолжительности жизни. В 2010 г. разница составляла для мужчин 15,4 года, для женщин 8,9 года, ее декомпозиция по методу Андреева [Андреев 1982] позволяет судить о вкладе в наше отставание крупных классов причин смерти (рисунки 15 и 16).

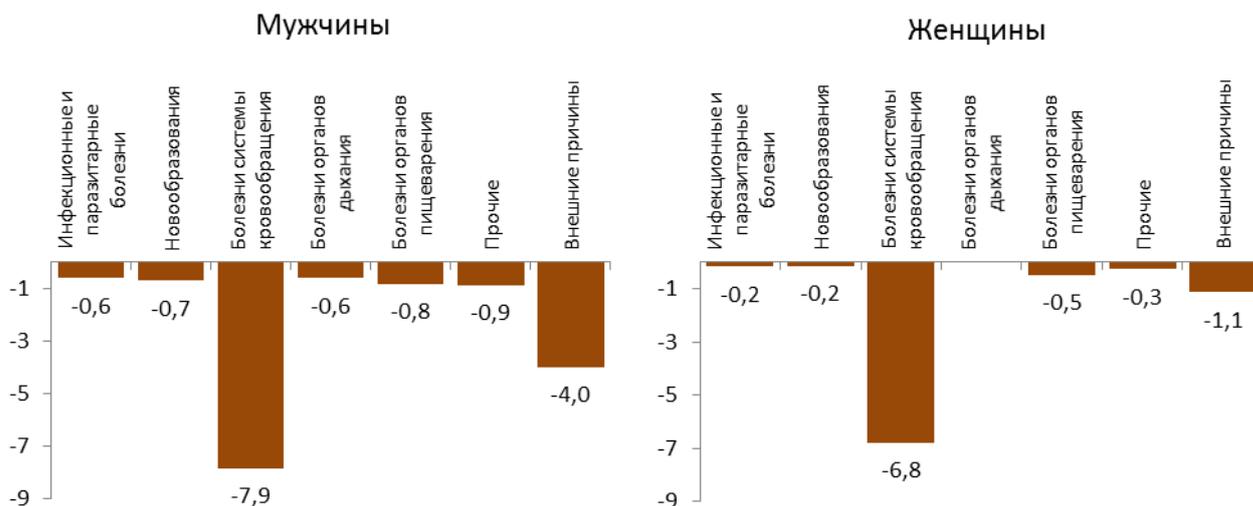


Рисунок 15. Общие потери в ожидаемой продолжительности жизни в России по сравнению со странами ЕС-15 в результате различий в смертности от крупных классов причин смерти, 2010, лет

Таблица 8. Вклад более высокой смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин смерти в общее отставание России от ЕС-15 по ожидаемой продолжительности жизни, 2010, %

Причина смерти	Во всех возрастах		В возрастах до 70 лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Болезни системы кровообращения	50,9	76,2	38,6	45,2
Внешние причины смерти	25,9	12,7	31,2	21,6
Итого	76,8	88,9	69,8	66,8

Как и следовало ожидать, главный вклад в российское отставание от ЕС-15 и у мужчин, и у женщин вносят все те же два класса причин: болезни системы кровообращения и внешние причины смерти. Более высокая смертность от этих двух классов причин на 77% обуславливает российское отставание по продолжительности жизни мужчин и еще больше (на 89%) для женщин. При этом, если рассматривать различия в смертности на всей возрастной шкале, то вклад болезней системы кровообращения существенно выше, чем внешних причин. Но если ограничиться только возрастными до 70 лет (рисунок 16 и таблица 8), то преобладание болезней системы кровообращения становится гораздо менее выраженным. Это особенно заметно у мужчин: вклад смертности от внешних причин в

общее отставание от ЕС-15 приближается к вкладу болезней системы кровообращения (25,9 и 50,9% для всех возрастов, но 31,2 и 38,6% в возрасте до 70 лет).

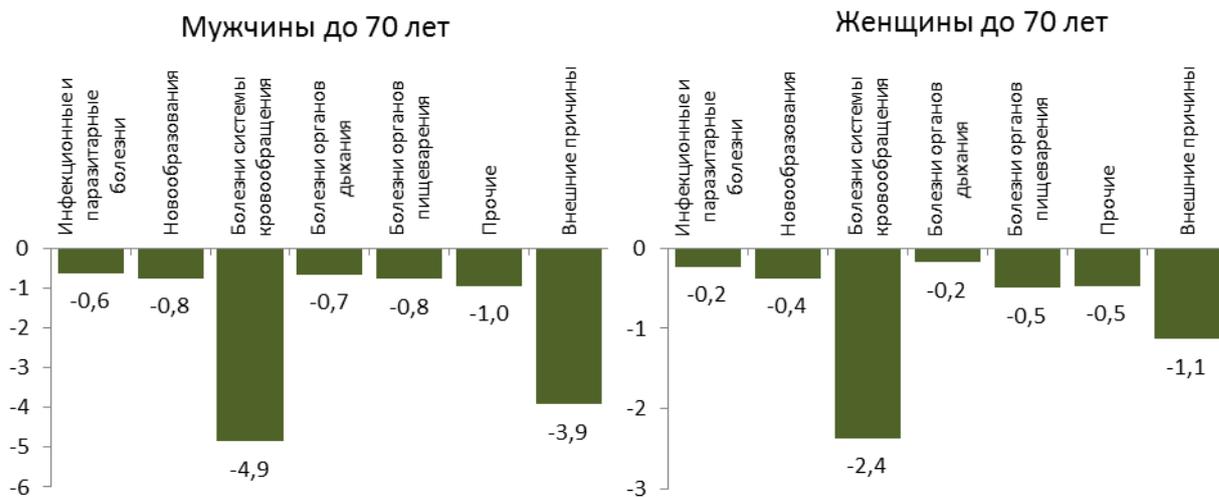


Рисунок 16. Потери в ожидаемой продолжительности жизни в России в возрасте до 70 лет по сравнению со странами ЕС-15 в результате различий в смертности от крупных классов причин смерти, 2010, лет

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первая половина XX века в развитых странах ознаменовалась небывалым ростом ожидаемой продолжительности жизни. Несмотря на потрясения двух мировых войн, послевоенную разруху, экономические и социальные кризисы, продолжительность жизни в европейских странах, по которым имеются данные начиная с 1900 г., между началом века и 1960 г. и у мужчин, и у женщин выросла на 20-25 лет, иногда и больше (таблица 9). В России продолжительность жизни за это время удвоилась. Подобные перемены после тысячелетий стагнации продолжительности жизни человека даже в самых передовых странах своего времени иначе как революционными не назовешь.

На фоне этого скачка прирост продолжительности жизни в тех же странах за последующие полстолетия (между 1960 и 2010 г.) в лучшем случае на 10-12 лет, который ассоциируется со второй эпидемиологической революцией, выглядит не особенно большим. Но даже если использовать слово «революция» лишь как метафору и иметь в виду, что речь идет о продолжении начавшегося ранее движения, достижения последних 50 лет представляются весьма существенными. Они тем более значительны, что в 1950-е – 1960-е годы прирост продолжительности жизни во многих развитых странах замедлился, а то и вовсе приостановился, и тогда могло казаться, что возможности дальнейшего снижения смертности исчерпаны. Эти опасения не подтвердились. Вторая эпидемиологическая революция – пусть и не такого масштаба, как первая, – стала реальностью в большинстве промышленно развитых, урбанизированных стран.

Россия же, к сожалению, наблюдает эту революцию со стороны, не принимая в ней никакого участия. Вопрос о том, почему это происходит, выходит за рамки настоящей

статьи. Нашей задачей было показать, в чем именно отставание России проявляется в терминах причин смерти; это необходимо понять, потому что без такого понимания нельзя выявить главные болевые точки и определить приоритеты стратегии борьбы за снижение смертности.

Таблица 9. Прирост ожидаемой продолжительности жизни при рождении в некоторых странах, лет

Страна	Мужчины		Женщины	
	1900-1960	1960-2010	1900-1960	1960-2010
Бельгия	21,9	10,2	24,3	9,9
Дания	20,2	5,6	20,5	6,5
Италия	25,1	11,9	29,9	12,3
Нидерланды	24,4	7,1	25,5	7,5
Норвегия	19,6	7,5	20,7	7,5
Финляндия	25,1	11,3	29,2	11,2
Франция	23,8	10,5	26,8	10,7
Швейцария	22,5	10,7	25,3	10,0
Швеция	20,4	8,5	21,3	8,8
Россия	34,0	-0,3	40,3	2,9

Наш анализ показывает, что в России все еще сохраняется структура причин смерти кануна второй эпидемиологической революции, если и не во всех деталях, вникнуть в которые в рамках одной статьи невозможно, то в главных чертах. Не будет большим преувеличением утверждать, что преодоление отставания России от стран, уверенно идущих по пути этой революции, упирается, прежде всего, в нашу неспособность решить две ключевые проблемы: добиться значительного оттеснения к более поздним возрастам смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и резко ограничить роль внешних причин смерти.

БЛАГОДАРНОСТИ

Автор благодарит Е.М. Андреева, С.А. Васина и Т.Л. Харькову за ценные советы и помощь в проведении расчетов.

ЛИТЕРАТУРА

- Андреев Е.М. (1982). Метод компонент в анализе продолжительности жизни // Вестник статистики. № 9: 42-47.
- Андреев Е.М., А.Г. Вишневский, К.Ю. Шабуров (1986). Продолжительность жизни и причины смерти // Демографические процессы и их закономерности / Под ред. А.Г. Волкова. М.: "Мысль": 110-130.
- Вишневский А., В. Школьников, С. Васин (1991). Эпидемиологический переход и причины смерти в СССР // Экономика и математические методы. № 27 (6): 1013-1021.
- Вишневский А., В. Школьников (1997). Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. Научные доклады Московского Центра Карнеги. Вып.19: 83.

- Вишнеvский А. (2014). Демографическая революция меняет репродуктивную стратегию вида *Homo sapiens* // Демографическое обозрение № 1: 6-33.
- Демографическая модернизация России, 1900-2000 (2006) / Под ред. А.Г. Вишнеvского. М.: Новое издательство: 601.
- Вишнеvский А. (2009). Незавершенная демографическая модернизация в России // СПЕРО № 10: 55-82.
- Омран А. (1977). Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения // Проблемы народонаселения. О демографических проблемах стран Запада / Под ред. Д.И. Валентея и А.П. Судоплатова. М.: «Прогресс»: 57-91.
- Семенова В.Г. (2005). Обратный эпидемиологический переход в России. М.: ЦСП: 235.
- De Flora S., A. Quaglia, C. Bennicelli, and M. Vercelli (2005). The epidemiological revolution of the 20th century // The FASEB Journal 19: 892-897.
- Editorials (1972). The epidemiologic revolution // American Journal of Public Health. 62 (11): 1439-1441.
- Frenk J., J. L. Bobadilla, C. Stern, T. Frejka, and R. Lozano (1991). Elements for a theory of the health transition // Health Transition Review. 1 (1): 21-38.
- Meslé F., J. Vallin (2002). La transition sanitaire : tendances et perspectives // Démographie : analyse et synthèse. Sous la direction de G. Caselli, J. Vallin et G. Wunsch. INRD. Volume III, Chapitre 57: 439-461.
- Murray C.J.L., and A.D. Lopez, eds. (1996). The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Summary: 43.
- Olshansky S. J., and A. B. Ault (1986). The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases // The Milbank Quarterly. 64 (3): 355-391.
- Omran A. R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change // The Milbank Memorial Fund Quarterly. 49 (4): 509-538.
- Omran A. R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later // World Health Statistics Quarterly. 51 (2-4): 99-119.
- Terris M. (1976). The Epidemiologic Revolution, National Health Insurance and the Role of Health Departments. American Journal of Public Health. Vol. 66, № 12: 1155-1164.
- WHO (2014). European Health for All database (HFA-DB). URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (дата обращения: 20.07.2014).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица П-1. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) мужских смертей в возрасте до 70 лет в России, по сравнению с ЕС-15, на 100000 мужчин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 1990

Возраст x	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Другие болезни	Внешние причины	Все причины
0	126	5	-2	244	7	672	48	1100
1-4	24	22	-4	56	3	34	124	260
5-9	4	18	-2	9	1	27	167	224
10-14	2	10	-2	1	2	8	143	164
15-19	5	18	14	9	6	5	316	375
20-24	13	14	21	8	10	-15	603	654
25-29	31	20	63	3	9	-67	876	934
30-34	56	30	165	14	8	-59	1064	1277
35-39	88	60	355	28	1	-32	1118	1619
40-44	101	145	665	60	6	2	1116	2094
45-49	127	375	1107	143	2	9	1164	2928
50-54	129	526	1431	212	-38	-49	1005	3216
55-59	108	657	1781	345	-90	-133	767	3437
60-64	75	398	2234	378	-92	-245	488	3236
65-70	28	-432	2030	226	-126	-466	209	1468
Всего	916	1866	9856	1737	-291	-307	9209	22985

Число избыточных смертей:	Более 1000	500-1000	300-500	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	------------	----------	---------	---------	--------	----------

Таблица П-2. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) женских смертей в возрасте до 70 лет в России, по сравнению с ЕС-15, на 100000 женщин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 1990

Возраст x	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Другие болезни	Внешние причины	Все причины
0	110	7	-1	189	3	419	41	766
1-4	21	17	-5	45	2	37	84	202
5-9	1	14	0	5	0	20	56	96
10-14	1	10	-3	3	2	10	35	58
15-19	2	13	6	4	4	28	96	153
20-24	8	19	11	5	7	28	80	158
25-29	8	25	14	3	2	8	92	152
30-34	8	34	27	4	0	20	125	218
35-39	12	37	55	8	-5	32	162	300
40-44	11	78	149	13	-6	34	193	472
45-49	10	100	322	27	-12	42	241	730
50-54	8	63	570	33	-8	28	230	924
55-59	6	29	1095	55	5	3	218	1411
60-64	0	-23	1823	48	6	-79	178	1954
65-70	-14	-176	2897	51	9	-262	127	2632
Всего	192	247	6961	492	10	367	1958	10227

Число избыточных смертей:	Более 1000	500-1000	300-500	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	------------	----------	---------	---------	--------	----------

Таблица П-3. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) мужских смертей в возрасте до 70 лет в России, по сравнению с ЕС-15, на 100000 мужчин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 2000

Возраст x	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Другие болезни	Внешние причины	Все причины
0	92	6	2	170	5	811	91	1178
1-4	24	14	1	56	3	87	143	329
5-9	6	9	1	10	2	40	147	216
10-14	2	8	4	5	2	22	153	196
15-19	15	12	26	15	8	50	586	713
20-24	80	16	112	38	29	133	1471	1879
25-29	142	20	201	61	55	163	1644	2287
30-34	178	28	366	92	93	165	1682	2604
35-39	222	57	659	162	128	183	1784	3194
40-44	284	73	1148	238	147	227	1928	4044
45-49	309	158	1814	346	153	265	1967	5011
50-54	265	235	2571	426	161	278	1787	5722
55-59	204	291	3235	464	118	174	1459	5946
60-64	115	-196	3753	427	9	-28	959	5039
65-70	2	-1191	3493	203	-113	-377	502	2518
Всего	1940	-460	17387	2712	800	2194	16303	40875

Число избыточных смертей:	Более 1000	500-1000	300-500	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	------------	----------	---------	---------	--------	----------

Таблица П-4. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) женских смертей в возрасте до 70 лет в России, по сравнению с ЕС-15, на 100000 женщин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 2000

Возраст x	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Другие болезни	Внешние причины	Все причины
0	66	6	4	135	6	578	78	873
1-4	19	15	1	57	2	68	100	263
5-9	4	7	4	9	2	27	66	118
10-14	2	6	0	3	1	15	59	87
15-19	8	13	11	7	4	32	182	256
20-24	22	17	23	13	9	53	257	394
25-29	30	27	45	18	21	60	280	482
30-34	33	48	91	28	28	67	303	597
35-39	32	60	157	35	37	73	342	737
40-44	41	73	298	47	54	75	389	975
45-49	38	106	572	66	65	97	449	1392
50-54	34	125	1057	67	96	126	498	2002
55-59	22	92	1863	60	146	139	495	2817
60-64	-1	-47	2767	28	100	52	366	3265
65-70	-29	-245	4546	-38	61	-127	285	4453
Всего	320	301	11439	535	633	1335	4148	18711

Число избыточных смертей:	Более 1000	500-1000	300-500	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	------------	----------	---------	---------	--------	----------

MORTALITY IN RUSSIA: THE SECOND EPIDEMIOLOGIC REVOLUTION THAT NEVER WAS*

ANATOLY VISHNEVSKY

ANATOLY G. VISHNEVSKY. INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS.
E-MAIL: avishnevsky@hse.ru. DATE RECEIVED: August 2014.

The article looks at different approaches (the "new phase" of the epidemiologic transition, "the second epidemiologic revolution", a "health transition") to conceptualization of the present stage of mortality reduction, in which noncommunicable diseases and causes of death resulting from external sources come to the fore. At this stage, which has lasted for at least half a century, revolutionary changes have taken place in most developed countries. These changes manifest themselves in the drastic expansion of control over non-infectious causes of death, particularly over diseases of the circulatory system, neoplasms, and other noncommunicable diseases, as well as over external causes of death. The consequence of these changes has been the rapid shift of deaths from the abovementioned causes to older ages, an increase in the mean age of death from them and, ultimately, a significant rise in life expectancy. Meanwhile, Russia has been mostly unaffected by these changes and has failed to provide the necessary growth of control over noncommunicable causes of death. The age distribution of deaths from major classes of causes of death in Russia over the past half-century has not changed, leading to a stagnation in life expectancy and to an increasing lag behind the majority of developed countries with respect to this indicator. "The second epidemiologic revolution" in Russia is still a matter for the future.

Key words: *epidemiologic transition, epidemiologic revolution, second epidemiologic revolution, health transition, causes of death, noncommunicable diseases, injuries.*

* THE STUDY WAS IMPLEMENTED IN THE FRAMEWORK OF THE BASIC RESEARCH PROGRAM AT THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS (HSE) IN 2013-2014.

REFERENCES

- Andreev E.M. (1982). Metod komponent v analize prodolzhitel'nosti zhizni [Component method in the analysis of life expectancy] // Vestnik statistiki [Bulletin of statistics]. № 9: 42-47.
- Andreev E.M., A.G. Vishnevsky, K.Yu. Shaburov (1986). Prodolzhitel'nost' zhizni i prichiny smerti [Life expectancy and causes of death] // A.G. Volkov, ed. Demograficheskiye protsessy i ikh zakonomernosti [Demographic processes and their regularities] M.: "Mysl": 110-130.
- De Flora S., A. Quaglia, C. Bannicelli, and M. Vercelli (2005). The epidemiological revolution of the 20th century // The FASEB Journal 19: 892-897.
- Demograficheskaya modernizatsiya Rossii, 1900-2000 [Demographic modernisation of Russia, 1900-2000] (2006) / A.G. Vishnevsky, ed. M.: Novoye izdatel'stvo.
- Editorials (1972). The epidemiologic revolution // American Journal of Public Health. 62 (11): 1439-1441.
- Frenk J., J. L. Bobadilla, C. Stern, T. Frejka, and R. Lozano (1991). Elements for a theory of the health transition // Health Transition Review. 1 (1) : 21-38.
- Meslé F., J. Vallin (2002). La transition sanitaire : tendances et perspectives // Démographie : analyse et synthèse. Sous la direction de G. Caselli, J. Vallin et G. Wunsch. INRD. Volume III, Chapitre 57: 439-461.

- Murray C.J.L., and A.D. Lopez, eds. (1996). The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Summary: 43.
- Olshansky S. J., and A. B. Ault (1986). The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases // *The Milbank Quarterly*. 64 (3): 355-391.
- Omran A. R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change // *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 49 (4): 509-538.
- Omran A.R. (1977). Epidemiologicheskiy aspekt teorii yestestvennogo dvizheniya naseleniya [Epidemiological aspects of the theory of natural movement of the population] // D.I. Valentey, A.P. Sudoplatov, eds. *Problemy narodonaseleniya. O demograficheskikh problemakh stran Zapada* [Population Problems. On the demographic problems of the West]. Moskva: Progress: 57-91.
- Omran A. R. (1998). The epidemiologic transition theory revisited thirty years later // *World Health Statistics Quarterly*. 51 (2-4): 99-119.
- Semenova V.G. (2005). *Obratnyy epidemiologicheskiy perekhod v Rossii* [Reverse epidemiological transition in Russia]. M.: TsSP.
- Terris M. (1976). The Epidemiologic Revolution, National Health Insurance and the Role of Health Departments. *American Journal of Public Health*. Vol. 66, № 12: 1155-1164.
- Vishnevsky A., V. Shkolnikov, S. Vassin (1991). Epidemiologicheskiy perekhod i prichiny smerti v SSSR [Epidemiologic transition and causes of death in the USSR] // *Ekonomika i matematicheskiye metody* [Economics and Mathematical Methods]. № 27 (6): 1013-1021.
- Vishnevsky A., V. Shkolnikov (1997). Smertnost' v Rossii: glavnyye gruppy riska i priority deystviya [Mortality in Russia: main risk groups and priorities of action]. *Nauchnyye doklady Moskovskogo Tsentra Karnegi* [Scientific reports of the Carnegie Moscow Center]. Vyp.19: 83.
- Vishnevsky A. (2009). Nezavershennaya demograficheskaya modernizatsiya v Rossii [Incomplete demographic modernisation of Russia] // *SPERO* № 10: 55-82.
- Vishnevsky A. (2014). Demograficheskaya revolyutsiya menyayet reproduktivnuyu strategiyu vida Homo sapiens [The demographic revolution is changing the reproductive strategy of Homo sapiens] // *Demograficheskoye obozreniye* [Demographic Review] № 1: 6-33.
- WHO (2014). European Health for All database (HFA-DB). URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (data accessed: 20.07.2014).

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА*

ДЭВИД РЕЭР

Перевод с английского статьи: David S. Reher. Economic and social implications of the demographic transition // Ronald D. Lee and David S. Reher, eds. Demographic Transition and Its Consequences. A supplement to Vol. 37 (2011) of Population and Development Review: 11-33.

В статье показано, как демографический переход повсеместно выступил в качестве важного источника социальных и экономических изменений. Статья состоит из двух частей. В первой части рассматриваются различные процессы, в которых произошли изменения в среднесрочной и долгосрочной перспективе. Возрастная структура, миграция, эффективность воспроизводства, семейные стратегии и здоровье взрослого населения – все это те направления, в которых ощущаются трансформационные эффекты демографических изменений. Во второй части статьи обсуждается, как темпы изменения демографических показателей определяют эти положительные эффекты в разных регионах мира.

Ключевые слова: демографический переход, исторический (ранний) демографический переход, поздний демографический переход, социально-экономические изменения, демографический дивиденд.

В первоначальной формулировке теория демографического перехода представляла собой подробное описание механизмов изменения смертности и рождаемости, сопровождавшееся обсуждением того, как эти изменения повлияют на демографическое развитие мира в будущем [Notestein 1945; Davis 1945; Chesnais 1986]. С самого начала исследователи рассматривали этот переход как побочный продукт более широкого процесса социальных и экономических изменений. Пионерная работа Энсли Коула, посвященная движущим силам изменений рождаемости и их причинам, стала ключевой для этого направления исследований [Coale 1973]. Изначальной целью Принстонского проекта по изучению европейской рождаемости (Princeton European Fertility Project) было рассмотрение изменения рождаемости как прямого следствия социальных и экономических изменений [Coale 1986]. Несмотря на то, что результаты исследования не давали однозначного ответа на поставленные вопросы и зачастую приводили к противоречивым объяснениям, попытки представить изменения рождаемости как результат социальных изменений до сих пор остаются предметом тьмы публикаций по исторической демографии.

Дэвид С. Реэр. Мадридский университет Комплутенсе. Испания. E-mail: dreher@geps.es.

* DAVID S. REHER. ECONOMIC AND SOCIAL IMPLICATIONS OF THE DEMOGRAPHIC TRANSITION // RONALD D. LEE AND DAVID S. REHER, EDS. DEMOGRAPHIC TRANSITION AND ITS CONSEQUENCES. A SUPPLEMENT TO VOL. 37 (2011) OF POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW: 11-33.

ПЕРЕВОД ИРИНЫ ДРАННИКОВОЙ И ИЛЬИ КАШНИЦКОГО. ПУБЛИКУЕТСЯ С РАЗРЕШЕНИЯ POPULATION COUNCIL.

Окончательный вариант этой статьи значительно выиграл от полезных предложений Рональда Ли, Тима Дэйсона и Гектора Перес Бриноли.

Причина этого неослабевающего интереса лежит на поверхности: демографический переход происходил в Европе и на Западе в целом как раз в то время, когда они переживали небывалые социальные и экономические трансформации. Повышался уровень жизни и образования, общество становилось все более городским, промышленность и сектор услуг стали вытеснять сельское хозяйство и по объему продукции, и по социальной значимости, досуг становился ожидаемым вознаграждением за работу, стало формироваться потребительское общество и женщины были готовы к массовому выходу на рынок труда. Возможно, это были наиболее значимые социальные и экономические изменения в Европе за многие столетия. Неудивительно поэтому, что исследователи демографического перехода были склонны рассматривать его как часть более широкой экономической и социальной модернизации, в ходе которой демографический переход в основном вытекает из социальных и экономических перемен. И гораздо меньше внимания уделялось демографическому переходу как причине, а не следствию этих перемен. В результате историки и социальные исследователи привыкли считать демографические реалии зависящими от экономических сил, а не наоборот.

Я же утверждаю, что во многих отношениях демографический переход может и должен рассматриваться в качестве ключевого фактора перемен. Мы рассмотрим демографический переход как в основном автономный процесс, завершившийся глубокими социальными, экономическими и даже психологическими или мировоззренческими последствиями для общества [Demeny 1972: 154]. Я буду рассматривать демографию как независимую переменную. Конечно, понятно, что история никогда не бывает односторонней, и, без сомнения, грандиозные изменения, произошедшие в этот период, определялись многими причинами. Я покажу, что демографический переход был одной из них и далеко не маловажной. В этой статье я хотел бы внести определенный вклад в более взвешенную интерпретацию социальной и экономической модернизации, произошедшей в Европе и не только в период с 1850 по 1975 г. Многие приводимые мною доводы будут относиться к странам-пионерам исторического демографического перехода. В статье также оценивается, на каком этапе демографического перехода находятся сейчас развивающиеся общества и насколько тот путь, по которому эти общества движутся во время своего собственного демографического перехода, обуславливает его влияние на развитие и социальные перемены.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД: КОГДА, ГДЕ И КАК

Собственно демографические компоненты демографического перехода вполне ясны. Истоки же исторического перехода, затронувшего большую часть Европы, равно как и страны с глубокими европейскими корнями (Аргентина, Уругвай, США, Канада, Австралия, Новая Зеландия), дискуссионны. В большинстве этих стран смертность снижалась с середины - конца XVIII века, имеются признаки того, что рождаемость также снижалась, хотя, как правило, и очень незначительно. Результатом стал период ускорившегося роста населения. Во второй половине XIX века показатели естественного движения населения во многих странах изменили траекторию движения и несколько выросли. Эти изменения, говоря о которых часто упоминают «эффект лыжного

трамплина», стали непосредственным предшественником небывалого снижения смертности и рождаемости, стартовавших в конце XIX – начале XX веков. И именно этот последний процесс, как правило, считают демографическим переходом, несмотря на то, что начался он гораздо раньше¹.

Практически повсеместно снижение смертности предшествовало снижению рождаемости. В первую очередь снижалась детская смертность, а немногим позже – младенческая [Reher 1999]. Более медленно снижалась также и смертность взрослых. Ответом рождаемости на эти изменения стало ее сознательное регулирование супружескими парами. Было показано, что брачная рождаемость начала снижаться вскоре после снижения детской смертности; при этом вначале женщины стали эффективно контролировать рождаемость в более поздних репродуктивных возрастах. Снижение среднего возраста матери при рождении последнего ребенка считается отличительной чертой контроля рождаемости в браке, хотя и другие механизмы, например, удлинение интервалов между рожденьями, также могли использоваться [Anderton, Bean 1985; Van Bavel 2004; Van Bavel, Kok 2004; Reher, Sanz-Gimeno 2007]. На протяжении нескольких десятилетий темпы снижения смертности превышали темпы снижения рождаемости. В результате наблюдалось увеличение размеров семей и ускорение роста численности населения. Особенность этого процесса заключалась в том, что изменения смертности и рождаемости были довольно медленными, а результирующие темпы прироста населения редко поднимался намного выше 1% в год. С позиций сегодняшнего дня кажется, что эти изменения происходили как при замедленной съемке.

Вторая волна снижения рождаемости началась в промежутке между 1950-ми и 1980-ми годами. Она возникла в странах – региональных лидерах или в странах, тесно связанных с Европой. В конечном счете, однако, она затронула большую часть мирового населения. Основные черты второй волны изменений имеют много схожего с историческим переходом за исключением трех моментов: 1) допереходные показатели рождаемости и смертности были выше; 2) скорость их снижения была значительно выше, чем во время исторического перехода; 3) темпы роста численности населения существенно превосходили темпы, достигнутые во время первого перехода [Reher 2004].

Изменения рождаемости проходили не в социально-экономическом вакууме. Улучшение здоровья детей было тесно связано с накоплением знаний о важности ухода за ребенком и об особенностях вскармливания. Возможность реализовывать эти идеи матерям дали работы таких ученых и врачей, как Луи Пастер и другие, а также рост уровня жизни и улучшение питания населения в целом [Schofield, Reher 1991; McKeown 1976; Biraben 1991]. Медики также сыграли роль в продвижении инициатив в области здравоохранения, таких как создание пунктов *Капля молока*² или вклад акушерок в сохранение детского здоровья, но, со строго терапевтической точки зрения, медики достигли немногого [Kunitz 1991]. В итоге существенное улучшение здоровья произошло при довольно низком уровне развития технологий [Riley 2005a, 2005b, 2005c]. Контроль рождаемости преимущественно

¹ См. анализ двух стадий этого перехода во Франции [Wrigley 1985a, 1985b].

² Известные также как *молочные станции*, пункты *Капля молока* впервые появились в Париже в 1892 г. и были предназначены для консультирования матерей и их обеспечения качественным молоком для маленьких детей.

заключался в воздержании или прерывании полового акта, традиционных, но технологически бесхитростных методах предотвращения беременности. Существует множество публикаций о причинах снижения рождаемости в течение описываемого периода, но консенсуса в объяснении пока найти не удалось [Szoltysek 2007]. Во время демографического перехода в развивающихся странах все было по-другому: антибиотики и искусственные методы контрацепции совместно обеспечили существенный вклад технологической компоненты. Во время обоих переходов очень важную роль сыграло образование, направленное в основном на матерей, - сначала это касалось заботы о новорожденных, затем - принятия репродуктивных решений.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПЕРЕХОД И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ СХЕМА

Демографические изменения, о которых говорилось выше, запустили процессы, напрямую или косвенно приведшие к социальным и экономическим изменениям (представленным на диаграмме в Приложении). Эти процессы затронули возрастную структуру населения; миграцию; семейные инвестиции в образование, здоровье и потребление; здоровье взрослого населения. Некоторые из них протекали на социетальном уровне, другие – на индивидуальном. В то время как последствия одних процессов проявлялись незамедлительно, последствия других становились ощутимыми лишь в среднесрочной или долгосрочной перспективе. Эти разные последствия рассматриваются ниже с двух позиций: каким образом они вытекали из демографического перехода и каким образом они послужили причиной социальных и экономических перемен.

Возрастные структуры

Любое длительное снижение рождаемости приводит к существенным изменениям в возрастной структуре населения. Сначала эти изменения затрагивают основание возрастной пирамиды, так как относительная численность молодых когорт начинает сокращаться. На протяжении некоторого времени изначальное снижение численности детей не компенсируется ростом относительной доли пожилого населения; таким образом, временно относительная доля трудоспособного населения существенно увеличивается. Этот процесс продолжается до тех пор, пока численность поколений родившихся продолжает расти. Такова была ситуация в большинстве стран-лидеров демографического перехода до тех пор, пока в промежутке между концом 1950-х и началом 1980-х годов численность поколений впервые не стала сокращаться. В большинстве европейских стран период, в течение которого население было более молодым, длился в течение многих десятилетий, возможно, даже целое столетие. В будущем такая ситуация не повторится, так как во многих странах сокращение численности когорт новорожденных приведет к сокращению населения в трудоспособных и репродуктивных возрастах. Тем не менее, пока длился этот период и экономика была способна создавать достаточное количество новых рабочих мест в ответ на спрос растущего трудоспособного населения, образовавшееся «окно возможностей» имело глубокие экономические последствия.

Это неожиданное стечение обстоятельств, часто именуемое «демографическим дивидендом», оказалось условием резкого экономического подъема также во многих странах, в которых экономическое развитие происходило наиболее активно в недавнем прошлом. К ним относятся азиатские «тигры», а позднее и такие страны, как Иран и Бразилия [Bloom, Canning, Sevilla 2003; Bloom, Canning 2001; Kelley, Schmidt 2001, 2007; Mason, Lee 2006]. Этот дивиденд, несомненно, повлиял на экономический рост в тех странах, где демографический переход произошел исторически раньше. Большинство авторов убеждены, что величина демографического дивиденда зависит от способности экономики эффективно принимать и трудоустраивать численно растущую рабочую силу. Когда это происходит, экономический эффект может быть глубоким и продолжительным. Поскольку «окно возможностей» не может сохраняться бесконечно, неудивительно, что развивающиеся страны прикладывают все силы, чтобы извлечь максимальную выгоду из удачно сложившейся демографической ситуации. Кроме того, было показано, что экономически благоприятная половозрастная структура в развитых странах в течение последнего полувека стимулировала рост производительности труда [Lindh, Malmberg 1999].

Другое положительное влияние изменений возрастной структуры, запущенных демографическим переходом, заключалось в том, что оно привело к появлению национальных пенсионных систем, в рамках которых постоянно увеличивающееся в численности трудоспособное население платило пенсионные отчисления в пользу все еще относительно немногочисленных пожилых. Эти пенсионные системы, появление которых немислимо без предшествующих изменений смертности, рождаемости и возрастных структур, существенно изменили основополагающие нормы функционирования общества. Пенсии были и остаются неотъемлемой компонентой социального благополучия, а также фундаментом относительной социальной гармонии, существовавшей в развитых странах на протяжении большей части последнего столетия.

Но в конечном счете те же самые возрастные структуры ведут к ускоренному старению населения, что становится основным вызовом всем социальным системам, основанным на межпоколенных трансферах доходов. Это происходит уже сейчас в странах, в которых раньше всех произошел демографический переход и где возрастные структуры больше не благоприятствуют развитию щедрых систем межпоколенного перераспределения и дальнейшему росту богатства [Samuelson 1975]. Мэйсон и Ли [Mason, Lee 2006] предположили, что этот негативный эффект может быть устранен или хотя бы смягчен благодаря тому, что сбережения в течение жизненного цикла в условиях низкой рождаемости и смертности будут вести к более высокому соотношению капитал-труд (называемому «вторым демографическим дивидендом»), что позволит хотя бы частично снизить бремя демографической нагрузки пожилыми. В недавней работе эти же авторы подкрепили свои доводы, смоделировав возможность того, что накопление человеческого капитала при медленном или даже негативном росте численности трудоспособного населения может приводить к росту уровня жизни, несмотря на, казалось бы, неблагоприятную возрастную структуру [Lee, Mason 2010; Lee et al. 2008]. В любом случае, эти авторы предупреждают, что положительный эффект может возникнуть при условии,

что пожилые люди не будут получать слишком щедрую поддержку через программы государственного или внутрисемейного перераспределения.

Миграция

Быстрый рост населения, характерный для демографического перехода, оказался мощным стимулом для миграций. Повсеместно период изменения показателей естественного движения населения становился периодом миграций. Большую часть составляли трансконтинентальные миграции, но немаловажное значение имели межрегиональные перемещения и миграции из сельской местности в города. Давление, создаваемое быстрым ростом населения, было, несомненно, движущим фактором этого процесса. Если бы этого давления не было, не было бы, возможно, и массовых миграций; во всяком случае, они не приобрели бы таких масштабов, каких они достигли в 1850-1930-х годах, а затем вновь во второй половине двадцатого века. Социальные и экономические последствия миграции огромны как для отдающих, так и для принимающих стран.

Миграция – более или менее эффективный метод перераспределения рабочей силы. В первые десятилетия XX века это перераспределение происходило преимущественно между странами, которые уже испытывали влияние демографического перехода, с той лишь разницей, что страны исхода мигрантов были густо заселены, а принимающие имели достаточно свободного пространства и возможностей и потому нуждались в дополнительном населении. В последнее время вектор миграционных потоков направлен из слаборазвитых стран с перенасыщенным рынком рабочей силы в богатые страны, способные извлечь выгоду из притока рабочей силы на их истощенные рынки труда. В оба периода ключевую роль в формировании потенциально доступного предложения мигрантов играло давление населения в отдающих странах, но на потоки последнего периода большое влияние оказывала также демографически обусловленная нехватка рабочей силы в принимающих развитых странах.

С экономической точки зрения, значительные миграционные потоки в Америку, Южную Африку и Австралию с середины XIX до тридцатых годов XX века способствовали экономическому росту и развитию принимающих обществ в основном за счет получения ими рабочей силы и знаний, столь необходимых растущим экономикам. Странам-донорам миграция также приносила определенную пользу: 1) эмиграция снижала давление населения на ресурсы и предоставляла возможности трудоустройства оставшейся части населения; 2) денежные переводы мигрантов на родину подпитывали экономику, по крайней мере, на локальном и региональном уровнях; 3) бывшие эмигранты возвращались домой (что они часто делали) с более высоким уровнем человеческого капитала, а также с определенными накоплениями. Эти миграционные потоки с очевидностью влияли на сближение экономик и распределение доходов как в странах-донорах, так и в странах-реципиентах [Natton, Williamson 1998, 2006]. Миграция капитала из старых стран в новые существенно усилила экономический эффект трудовой миграции.

И сегодня международная миграция играет схожую роль, хотя есть и определенные отличия. Одно из таких отличий связано с большим, чем в прошлом, перекосом в возрастной структуре мигрантов. В наше время в миграционные потоки вовлечены молодые работники из все еще быстро растущих стран в те страны, чье население стареет.

Для стран-доноров денежные поступления из-за рубежа, несмотря на сложности управления ими, остаются значимым источником дохода и инвестиций. Страны-реципиенты все чаще ужесточают миграционную политику, что может привести к снижению уровня возвратной миграции в будущем.

Влияние миграций на экономические изменения кажется не вызывающим сомнений, но они оказывают на общество комплексное воздействие - часто конфликтное, продолжительное и, возможно, более широкое, чем связанное только с экономикой. Повсеместно миграции способствовали росту социальной мобильности первого поколения мигрантов и еще больше – их детей. Великие заокеанские миграции между 1850 и 1930 гг. оставили в принимающих странах неизгладимый след. Такие страны как США, Канада, Австралия, Аргентина, Уругвай, ЮАР и Бразилия не только имеют значительную часть населения, являющегося потомками иммигрантов XIX и XX веков, но и продолжают ощущать себя как общества иммигрантов. Страны-доноры также подверглись сильному влиянию, хотя и не настолько глубокому: межнациональные семьи стали постоянным источником взаимодействия и культурного обмена. Невозможно предугадать, будет ли миграция оказывать столь же существенное влияние на принимающие сообщества, как это было в прошлом. Тем не менее, учитывая масштабы современных иммиграционных потоков, культурные и конфессиональные отличия иммигрантов от населения принимающих стран, а также устойчивое желание прибывающих остаться в стране, мы можем предположить, что и в этом случае последствия будут долговременными. В недавней статье Дэвид Коулмэн [Coleman 2006] назвал процессы изменения состава населения, происходящие сегодня в Европе, третьим демографическим переходом.

Экономические и социальные последствия внутренней межрегиональной миграции и переселений из сельской местности в города, возможно, были не менее значимыми, чем последствия международных миграций. Результатом внутренних миграций стала урбанизация обществ, сосредоточение рабочей силы там, где она была наиболее востребована экономически. Риски, равно как и, вероятно, выгоды, от внутренней миграции были меньшими, чем при международных перемещениях. Тем не менее чистый эффект был схожим как на отдающих, так и на принимающих территориях.

Эффективность воспроизводства населения

Демографический переход, по определению, привел к заметному увеличению эффективности воспроизводства населения. Репродуктивные цели людей определялись теперь меньшим числом рождений и детских смертей. Поначалу потенциальные эффекты этого изменения были замаскированы ускорившимся ростом численности населения, поскольку смертность снижалась гораздо быстрее рождаемости. Внутрисемейное приспособление к снижающейся смертности наблюдалось с самого начала, но, из-за лага в осознании влияния небывалых улучшений здоровья детей, его эффект проявлялся не сразу. В начале демографического перехода, когда смертность снижалась быстрее рождаемости и средний размер семей увеличивался, нагрузка детьми на трудоспособное население существенно выросла. Подобно старению населения в конце демографического перехода, это породило своего рода отрицательный дивиденд, который в значительной степени оставался незамеченным. Но, в конце концов, на более продвинутой стадии

демографического перехода, на фоне существенных улучшений охраны детского здоровья изначальная задача поддержания размера семьи превратилась в задачу сокращения ее размера [Reher, Sanz-Gimeno 2007]. Когда детская смертность стала очень низкой и, главным образом, предсказуемой, репродуктивные решения уже могли приниматься с высокой долей определенности. Все эти изменения и их последствия стали заметны лишь по прошествии времени, хотя в историческом масштабе преобразования произошли достаточно быстро. Эти изменения по-разному повлияли на семейную жизнь и, в конечном итоге, на фундаментальные аспекты социальной организации.

До демографического перехода, когда детская смертность была высокой, семейные инвестиции в детей часто оказывались напрасными. В начале жизни эти родительские инвестиции, по преимуществу, материнские, могут быть наилучшим образом измерены затраченным родителями временем. Со снижением смертности снизилось и значение этих разорительных инвестиций [Reher 1995]. Этот эффект был усилен тем фактом, что сократилось и общее число рождений. Если раньше матери лихорадочно и, возможно, неадекватно отдавали свое внимание сразу нескольким детям, то теперь они получили возможность сконцентрироваться на меньшем числе детей с большей отдачей и эффективностью потраченных усилий. Поскольку число самых маленьких детей в семьях уменьшилось, женщины все больше освобождались от постоянного ухода за младенцами. Когда конечный размер семей стал снижаться, уменьшение числа детей в домохозяйстве привело к повышению уровня жизни и более эффективному использованию времени женщин. Рональд Ли подсчитал, что в результате демографического перехода женщины стали, в среднем, тратить на вынашивание и выращивание маленьких детей не 70% времени своей взрослой жизни, а лишь 14% [Lee 2003: 167].

Меньшее число рождений также привело к увеличению родительских инвестиций в выживших детей. Показано, что затраты на человеческий капитал в расчете на ребенка существенно выше при низкой рождаемости [Lee, Mason 2010]. Сначала эти инвестиции определялись затратами времени и заботой о детях. Родители понимали, что шансы их детей выжить напрямую зависят от качества заботы о них – от питания детей и от уделяемого им внимания. Это были инвестиции в то, что теперь называют «высококачественными» детьми; это хорошо понятно всем родителям сейчас, но было совершенно ново во времена, когда родители привыкли к тому, что большое число детей умирает во младенчестве. Одним из следствий этих новых инвестиций было повышение внимания родителей к качеству образования детей. Значительную часть образования дети получали дома, но нельзя недооценивать и институт школы. В самом деле, стремительный рост школьного образования во второй половине XIX - первой половине XX века мог произойти по инициативе семей, чья возрастающая заинтересованность была важным фактором общего движения в сторону государственного и частного образования. Желание родителей обеспечить детей всем необходимым вкупе с общим ростом уровня образования и, как результат, уход детей с рынка труда – все это привело к значительному росту затрат на детей. Показано, что более низкий уровень рождаемости - значительный фактор социальной мобильности детей, особенно в тот момент, когда рождаемость начинает падать [Van Bavel 2006]. Однако на более продвинутых этапах демографического перехода направление причинно-следственной связи меняется на противоположное, поскольку

озабоченность родителей социальной мобильностью детей, часто называемой «беспокойством об их статусе» («status anxiety»), сама становится важной причиной устойчиво низкой рождаемости в наиболее развитых странах [Dalla Zuanna 2007].

Все перечисленные факторы в решающей мере предопределили выход женщин на рынок труда. Они получили доступное время для работы вне дома; стоимость воспитания детей вместе с возросшими потребительскими ожиданиями семей создали экономическую необходимость в дополнительном доходе, а рост уровня образования женщин позволил им претендовать на многие позиции на рынке труда [Reher 2007]. Другие факторы также имели значение. Среди них - последствия Второй Мировой войны, определившие высокую занятость женщин; доступ к экономическим возможностям в секторе услуг, ранее почти полностью захваченным мужчинами; возросшая роль общественных институтов (особенно школы) в уходе за детьми и их воспитании, а также увеличение значимости общества потребления. Демографический переход создал ситуацию, когда трудоустройство после выхода замуж стало доступно многим женщинам (по сути, большинству).

Движение в сторону всеобщего образования детей было отличительным признаком наиболее развитых обществ на протяжении столетия, а в последнее время эту цель преследуют также правительства и семьи в странах развивающегося мира. Повсеместное изменение роли женщины в обществе - возможно, наиболее важное социальное изменение последнего полувека. Все указывает на то, что в развивающихся странах мира сейчас идут те же процессы, поскольку их общества вслед за развитыми индустриальными странами все охотнее признают «идеализм развития» (developmental idealism³) [Thornton 2001, 2005]. И всеобщее образование детей, и изменение роли женщины в обществе корнями уходят в демографический переход. Они также являются компонентами того, что получило название второго демографического перехода, предполагающего, что крайне низкая рождаемость сохранится [Van de Kaa 1987; Lesthaeghe 2010]. В долгосрочной перспективе наблюдаемые сегодня мировоззренческие изменения, охватывающие многие стороны современной жизни развитых и части развивающихся стран, коренятся в небывалом падении рождаемости и росте продолжительности жизни, начавшихся с демографическим переходом.

Наконец, причины обесценивания брака как пожизненных отношений также можно косвенно увязать с демографическими изменениями, имевшими место во время перехода, и гораздо более непосредственно - с некоторыми их последствиями. Снизившаяся рождаемость ограничила значимость брака как необходимого условия репродуктивной деятельности, а увеличение продолжительности жизни поменяло временную шкалу многих жизненных стратегий, включая те, которые связаны с выбором партнера и вступлением в брак [Keyfitz 1987]. Повышение грамотности женщин также неблагоприятно отразилось на институте брака. Теперь женщины получили не только возможность самим зарабатывать вне домохозяйств, но и право прекращать несложившиеся отношения с мужчинами. С этой точки зрения, кризис брака оказался и причиной, и следствием глубоких изменений роли

³ Представление о том, что идеи и теории развития сами по себе служат мощными двигателями социальных и экономических изменений (прим. переводчика).

женщины в обществе, равно как и отличительной особенностью происходящих в обществе мировоззренческих изменений.

Здоровье взрослых и качество человеческого капитала

Обращая внимание на стремительное улучшение здоровья детей во время демографического перехода, часто забывают, что здоровье взрослого населения также улучшалось, хотя и более скромными темпами. Во Франции, к примеру, вероятность умереть в течение года для людей в возрасте 30 лет и старше в период между концом XVIII века и 1913 г. снизилась на 25% [Vallin 1991]. Причин этого снижения было много. По мнению Томаса МакКеона [McKeown 1976], это произошло благодаря, главным образом, улучшению питания и отчасти инновациям в здравоохранении. В этот же период наблюдалось постоянное ослабление воздействия эпидемических болезней [Livi Bacci 2000: 50–54].

Немногим позже эти улучшения здоровья взрослого населения получили дополнительную поддержку вследствие родительских инвестиций в «высококачественных» детей. Дети, которые получают лучшее питание и живут в сравнительно благоприятной эпидемиологической среде, имеют больше шансов вырасти здоровыми [Lynn 1991]. Все больше людей, живущих в таких условиях, вырастают более высокими и здоровыми, чем когда бы то ни было раньше. Доподлинно известно, что средний рост солдат, измеряемый регулярно во время призывных кампаний, увеличился существенно за время демографического перехода, особенно с начала XX века. Рост, удобный маркер здоровья и физического состояния человеческого капитала, определялся качеством питания и перенесенными в детстве заболеваниями. Рост также может служить хорошим предиктором здоровья человека на протяжении его жизни [Fogel 2004; Fogel, Costa 1997].

Если говорить о других аспектах человеческого капитала взрослого населения, то также важно было повышение уровня образования, отчасти в ответ на запросы родителей. В итоге рабочая сила стало здоровее, образованнее, улучшилось ее питание. Повышение качества человеческого капитала сделало возможной более долгую и продуктивную трудовую жизнь и позволило сохранять хорошее здоровье в преклонном возрасте. Все эти факторы повлияли на характеристики экономического роста.

Помимо исключительно экономических последствий увеличения продолжительности жизни, возросшие шансы дожить до преклонного возраста глубоко воздействуют на образ мыслей людей, на выбор их жизненных стратегий и в целом на стиль жизни. Этот результат, лишь частично описанный здесь, возможно, самый всеобъемлющий из всех результатов демографического перехода, одна из отличительных особенностей современной жизни. Хотя растущая эффективность воспроизводства населения также способствует этому результату, первенствующая роль долгожительства не подлежит сомнению.

Другие факторы

Оставаясь в этих условно очерченных границах, полезно держать в уме несколько уточнений. Во-первых, весь процесс изменений не основывается исключительно на демографических факторах. Эти факторы - часть многогранного процесса модернизации, включающего в себя действие экономических сил, деятельность правительств, технологические достижения и ожидания. Тем не менее значение демографических факторов очень велико, и многие составляющие описанной структуры были запущены именно демографическими процессами. Во-вторых, несмотря на то, что используемый подход устанавливает причинно-следственные связи между различными демографическими компонентами (возрастные структуры, миграции и т.д.), возникает значительное число перекрестных связей. Они наиболее очевидны, когда речь идет о формировании человеческого капитала, испытывающего влияние всех перечисленных процессов. В-третьих, в некоторых случаях снижение рождаемости и снижение смертности запускают какие-то изменения сообществ, в то время как в других они действуют почти независимо.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПЕРЕХОД В ПЕРСПЕКТИВЕ: ПОРОЧНЫЙ ИЛИ БЛАГОДАТНЫЙ КРУГ?

Европейский опыт демонстрирует преимущественно благотворное влияние демографического перехода, который более или менее непосредственно ведет к экономической и социальной модернизации. Представленный выше подход оказывается достаточно уместным для Европы и некоторых стран на других континентах. Однако во многих других частях света, где демографический переход произошел совсем недавно, демографические перемены часто связаны с экономическими трудностями, массовыми перемещениями людей, социальной и политической нестабильностью. Оправдан ли предложенный подход исключительно для Европы и некоторых других стран-первопроходцев демографического перехода? Или он также полезен в качестве дорожной карты для развивающегося мира?

Демографический переход открывает окно возможностей для экономических и социальных изменений. Это период, в течение которого демографические изменения могут работать на благо экономических и социальных трансформаций, а не наоборот, как это часто было в более ранние периоды. То, насколько выгодными будут их последствия и как долго они сохранятся, зависит от размера этого окна. Возможные выгоды ограничены тремя факторами: 1) скоростью демографических изменений; 2) темпами роста населения, на протяжении ключевого периода, следующего вслед за начальным снижением смертности; 3) доступными механизмами демографического регулирования. Всем этим пунктам наилучшим образом соответствуют страны, раньше вступившие на путь демографического перехода и получившие наибольшую выгоду от последствий демографических изменений.

Таблица 1. Темпы снижения коэффициентов рождаемости и смертности в некоторых странах (снижение за указанное число лет по отношению к исходному пиковому значению)

Страна (начало снижения общего коэффициента рождаемости, общего коэффициента смертности)	Общий коэффициент рождаемости				Общий коэффициент смертности			
	Число лет, прошедших с момента достижения пикового значения							
	20	25	30	35	20	25	30	35
Китай (1968, ±1950)	0,64	0,51	0,43	0,38	0,25	0,27	0,29	0,30
Коста-Рика (1962, 1927)	0,68	0,65	0,56	0,48	0,58	0,57	0,50	0,43
Эфиопия (1988, ±1950)	0,80				0,69	0,66	0,70	0,64
Индия (1978, ±1950)	0,77	0,70	0,64		0,60	0,51	0,47	0,44
Иран (1982, ±1950)	0,44	0,42			0,58	0,51	0,47	0,36
Марокко (1973, ±1950)	0,67	0,57	0,49	0,43	0,61	0,51	0,42	0,34
Сенегал (1977, ±1950)	0,84	0,80	0,79		0,86	0,76	0,66	0,58
Шри-Ланка (1960, 1938)	0,73	0,66	0,57	0,52	0,62	0,49	0,40	0,32
Тунис (1965, ±1950)	0,73	0,65	0,52	0,40	0,54	0,45	0,35	0,31
Турция (1958, ±1950)	0,70	0,67	0,56	0,52	0,49	0,43	0,40	0,37
Венесуэла (1962, 1919)	0,71	0,67	0,60	0,54	0,71	0,67	0,55	0,41
Испания (1902, 1892)	0,86	0,82	0,79	0,63	0,73	0,79	0,68	0,60
Швеция (1877, 1877)	0,88	0,86	0,84	0,77	0,84	0,83	0,78	0,74

Примечание: Время начала снижения рождаемости или смертности определяется как пятилетний период, в котором достигнуты пиковые значения, предшествующие падению показателей минимум на 5% в следующие пять лет, без последующего возврата к прежним уровням. Даты начала снижения рождаемости и смертности в каждой стране приводятся в круглых скобках. Во многих странах снижение смертности, вероятно, началось еще до 1950-1954 гг., самого раннего периода, за который доступны данные.

Источники: Для периода после 1950 г. - [United Nations 2008]; для периода до 1950 г. - [Mitchell 1998a, 1998b, 1998c].

Скорость изменений была гораздо выше во время более поздних переходов. Это относится к снижению как рождаемости, так и смертности. Порой скорость изменений в этих странах оказывалась вдвое больше, чем в странах, где демографический переход произошел ранее. В таблице 1 приведена скорость изменений общих коэффициентов рождаемости и смертности за разные промежутки времени (от 20 до 35 лет) после того, как были достигнуты их пиковые значения. В каждом случае скорость изменения в развивающихся странах гораздо выше, чем в двух развитых странах, используемых в этом примере (Испания и Швеция). Более высокие темпы снижения в странах с более поздним демографическим переходом связаны в основном с внедрением чужеродных для этих обществ элементов. В исторической Европе демографический переход был запущен в значительной степени эндогенными процессами: образованием матерей, инициативами в области здравоохранения, повышением уровня жизни и более общими социальными изменениями. Он был осуществлен при довольно низком уровне развития технологий. Матери научились кормить своих детей более безопасно и качественно, чем раньше. Контроль рождений главным образом достигался путем прерывания полового акта или воздержанием. При более поздних переходах эти факторы также сыграли определенную роль. Но действовали также и другие силы, большинство из которых, по крайней мере на начальном этапе, были несвойственны этим обществам и предполагали использование довольно высоких технологий. Инструментами изменений в процессе перехода в этих странах были эффективные методы контрацепции, антибиотики, международные программы вакцинации, а также гигиенические меры по улучшению качества воды и

созданию канализации – все это настойчиво продвигалось местными органами власти и международными организациями [Reher 2004]. С самого начала их широкого применения эти инструменты оказались гораздо более эффективными, чем методы (влияющие как на рождаемость, так и на здоровье детей), применявшиеся ранее. К числу исключений относятся две представленные в таблице африканские страны (Эфиопия и Сенегал), где темпы снижения рождаемости и смертности были намного медленнее, чем в других странах более позднего перехода.

Темпы роста населения в течение недавних демографических переходов также были намного более высокими. По своей природе демографический переход всегда ведет к ускорению темпов роста населения, потому что смертность начинает снижаться раньше и первоначально быстрее, чем рождаемость. Если темпы роста выходят из-под контроля, то многие благотворные механизмы, связывающие демографический переход с социальными изменениями, могут выйти из строя в результате «короткого замыкания» или, по крайней мере, их действие будет отложено и ослаблено. Положительный эффект изменений возрастной структуры не будет получен, если темпы роста населения превзойдут имеющиеся возможности для миграции и способность местных экономик создавать рабочие места. Стремительный рост размера семей также может свести на нет многие из положительных последствий повышения эффективности репродукции. Здесь разница между историческими и недавними переходами остается огромной. Во время более ранних переходов темпы роста населения редко превышали 1% в год и часто были ниже. При более поздних переходах темпы роста были чрезвычайно высокими, часто превышали 2,5%, а иногда даже достигали 3% в год. При этом размер семьи почти удвоился всего за несколько лет (таблица 2). В течение двух или трех десятилетий население в трудоспособном возрасте (15-64 года) во многих из этих стран увеличивалось на 15% и более за каждые пять лет.

Таблица 2. Годовой естественный прирост населения в некоторых странах в зависимости от количества лет до или после начала снижения рождаемости, на 1000

Страна, начало снижения рождаемости	Годы				
	-10	-5	0	5	10
Китай, 1968	15,4	20,9	26,0	22,3	14,8
Коста-Рика, 1962	31,1	33,3	34,1	28,0	23,8
Эфиопия, 1988	26,4	28,9	30,1	28,7	27,1
Индия, 1978	21,5	22,1	23,1	22,4	21,4
Иран, 1982	29,3	32,0	34,8	30,6	22,4
Марокко, 1973	27,7	30,5	30,8	29,9	26,4
Сенегал, 1977	27,6	28,8	30,0	30,2	30,3
Шри-Ланка, 1960	22,6	17,7	23,3	23,0	23,1
Тунис, 1965	23,8	26,4	28,6	26,3	24,8
Турция, 1958		27,3	28,4	27,4	26,7
Венесуэла, 1962	34,1	34,2	35,8	32,4	28,6
Испания, 1902	4,3	5,7	8,3	9,1	8,8
Швеция, 1877	12,0	11,8	12,6	10,6	11,2

Источники: Для периода после 1950 г. - [United Nations 2008]; для периода до 1950 г. - [Mitchell 1998a, 1998b, 1998c].

Существуют два обстоятельства, объясняющие эти различия: 1) в обществах с более поздними переходами допереходные темпы роста были неизменно более высокими; 2) разрыв между снижением смертности и снижением рождаемости при более поздних переходах был гораздо большим (25-35 лет в отличие от менее чем десяти лет в

большинстве исторических случаев)⁴. Во многих развивающихся странах рождаемость на самом деле увеличивалась на протяжении нескольких лет после того, как детская смертность начала снижаться. Причины этого несоответствия не полностью поняты, хотя три из них стоит упомянуть здесь. Во-первых, в обществах с более поздними переходами брак и воспроизводство, по всей видимости, менее тесно связаны с имеющимися экономическими ресурсами, чем в исторической Европе. Во-вторых, тот факт, что в странах с более поздними переходами снижение показателей рождаемости и смертности было тесно связано с технологическими достижениями, заимствованными у других обществ, возможно, задержал их принятие местным населением. Это особенно заметно в случае с искусственным регулированием рождаемости, когда меры такого регулирования, предлагавшиеся международными организациями, часто встречали сопротивление [Reher 2004]. В-третьих, совпадение во многих странах периода снижения смертности с периодом всплеска рождаемости (бэби-бум) также нельзя сбрасывать со счетов как возможное объяснение устойчиво высокой, даже растущей рождаемости в этих странах. В конечном счете высокие темпы роста свели на нет какое-либо позитивное влияние демографического перехода на социальные и экономические изменения. Благотворное влияние перехода стало проявляться не раньше, чем темпы роста начали снижаться.

Во время исторических переходов, помимо брака и контроля рождаемости, основным *механизмом регулирования населения* была миграция. Доступные миграционные варианты для потенциально избыточных населений были важной частью истории успеха демографического перехода в Европе. Миграция поощрялась как посылающей, так и принимающей странами. Несмотря на то, что миграционные варианты использовались и при более поздних переходах, этот механизм был далеко не столь эффективным. Потенциальный спрос на эмиграцию оказался намного большим, чем в исторической Европе, главным образом из-за чрезвычайно быстрого роста населения в посылающих странах. Осложняющим обстоятельством стало значительное ухудшение международной среды для миграции вследствие того, что принимающие страны стали проводить все более антииммиграционную политику.

Эти различия влияют на эффективность демографического перехода. Темпы перехода в Европе были неспешными по сравнению с его головокружительными темпами в большинстве стран развивающегося мира. Безусловно, и в Европе это был период социальных и политических конфликтов, частично вызванных неспособностью общества должным образом обустроить растущее число людей, особенно в городах, и это представляло серьезный вызов для правительств. Тем не менее в свете опыта развивающихся стран европейский демографический переход и в самом деле выглядит неторопливым, поскольку темпы роста населения были умеренными и международная миграция была не только эффективным предохранительным клапаном, но и основным источником инвестиций и создания человеческого капитала. Переход обусловил продолжительный период в высшей степени полезного вклада населения в преумножение богатства и модернизацию общества.

⁴ Говоря об исторических переходах, я имею в виду тот их период, когда темпы снижения рождаемости и смертности ускорились, а не более ранние периоды, для которых было характерно очень медленное снижение.

Служит ли демографический переход, идущий в большей части остального мира, также фактором, способствующим социальным переменам и модернизации? Конечно, да, даже если во многих странах все это происходит на фоне переполнения городов и постоянной неспособности экономики существенно повысить уровень жизни населения⁵. Недавнее снижение темпов роста населения, возможно, впервые на протяжении последнего полувека, позволит значительно повысить уровень жизни в развивающихся странах. Стремительные темпы роста населения в странах более позднего перехода отложили положительные эффекты демографического перехода, но не отменили их. В конечном счете все страны, переживающие переход, получают демографический дивиденд как следствие их возрастной структуры и способности демографических изменений стимулировать другие виды социальных перемен.

Но как долго могут сохраняться положительные последствия демографического перехода? В Европе и большей части остального развитого мира быстрое старение населения изменило позитивную тенденцию к формированию благоприятных возрастных структур, которые были характерны для населения этих стран на протяжении века. Рост населения больше не способствует социальным и экономическим переменам, но стал главным препятствием с точки зрения многих аспектов социального и экономического благополучия. Эти изменения также неотделимы от демографического перехода, так как ожидания людей входят в противоречие с высокими темпами воспроизводства населения и рождаемость снизилась до невообразимо низкого уровня [Reher 2007].

Нечто подобное может происходить и с недавними переходами. В целом ряде стран есть много признаков положительных изменений. Темпы роста населения резко сократились, и имеются основания предполагать, что эта тенденция сохранится в будущем. Почти повсеместно значительно снизилась также демографическая нагрузка детьми. В девяти из одиннадцати развивающихся стран, упомянутых в этой статье, за последние 30-40 лет она сократилась: в пяти из них (Китай, Коста-Рика, Иран, Марокко и Тунис) - более чем на 50%; еще в трех (Шри-Ланка, Турция и Венесуэла) - от 40 до 50%; в Индии - более чем на 30%. Не менее важно, что почти везде здоровье взрослого населения продолжает улучшаться, растут уровень образования и доля работающих женщин. В этих странах, если исключить периодические, часто тяжелые рецессии, экономический рост с большим отрывом опережает рост численности населения. Этот рост, наблюдаемый в Китае, ведет к полной перестройке китайского общества и всей мировой экономики. В других странах рост более скромный, но и здесь положение разительно отличается от наблюдавшегося всего 10-20 лет назад. Признаки изменений подобны тем, что наблюдались при более ранних переходах. Исключением из этого правила остается Африка к югу от Сахары, где снижение темпов роста населения очень ограничено и улучшение возрастной структуры до сих пор не отмечается.

Однако негативные процессы тоже дают о себе знать. Старение населения в развивающихся странах будет идти намного быстрее, чем отмечалось когда-либо в Европе,

⁵ Степень перенаселенности в городах развивающихся стран превышает достигнутую в ходе исторического перехода в Европе, хотя и тогда города имели немалые, хорошо изученные сегодня проблемы [Hohenberg, Lees 1995].

что объясняется темпами снижения рождаемости и смертности, намного более высокими, чем во время любого из исторических переходов. Почти в каждой стране из нашей выборки число рождений неуклонно сокращалось на протяжении последних двух-трех десятилетий. За последние 15 - 20 лет общее число рождений в Китае снизилось на 31%, в Коста-Рике на 8%, в Иране на 33%, в Марокко на 19%, в Шри-Ланке на 14%, в Тунисе на 31%, в Турции на 14%. Только в Индии и Венесуэле это снижение было незначительным (около 2%)⁶. Если эта тенденция сохранится, а есть все основания ожидать именно этого, то результатом станет быстрое старение населения. Через несколько десятилетий эти страны столкнутся с сокращением населения в трудоспособном и репродуктивном возрастах, что скажется как на рынке труда, так и на будущем числе рождений.

Таблица 3. Оценка окна возможностей для стран, переживающих демографический переход

Страна	Начало снижения рождаемости (год)	Год, начиная с которого естественный прирост <2,0%	Год, начиная с которого естественный прирост <1,5%	Год, начиная с которого число рождений начало снижаться	30 лет после того, как число рождений стало снижаться
	A	B	C	D	E
Китай	1968	1975	1979	1987	2017
Коста-Рика	1962	1994	2005	1989	2019
Индия	1978	1995	2005	1992	2022
Иран	1982	1995	1998	1990	2020
Марокко	1973	1993	2002	1983	2013
Шри-Ланка	1960	1980	1990	1981	2011
Тунис	1965	1991	1996	1986	2016
Турция	1958	1985	2001	1985	2015
Венесуэла	1962	1986	2009	1991	2021
Испания	1902	1902	1902	1976	2006
Швеция	1877	1877	1877	1966	1996

Страна	Оценочная длительность, лет			
	D-A	E-A	E-B	E-C
Китай	19	49	42	38
Коста-Рика	27	57	25	14
Индия	14	44	27	17
Иран	8	38	25	22
Марокко	10	40	20	11
Шри-Ланка	21	51	31	21
Тунис	21	51	25	20
Турция	27	57	30	14
Венесуэла	27	59	35	12
Испания	74	104	104	104
Швеция	89	119	119	119

Как долго будет открыто окно возможностей, созданное демографическим переходом? Попытаемся дать ответ на этот вопрос, по крайней мере, в общих чертах. Таблица 3 содержит три ключевых даты и два условия для выборки стран, используемых в

⁶ В Эфиопии и Сенегале число рождений продолжает расти и вероятно этот рост сохранится в течение многих лет в будущем.

этой статье.⁷ Даты соответствуют началу снижения рождаемости (А), началу сокращения совокупного числа рождений (D), и 30-летию этого события (Е). Вторая дата отражает переломный момент, когда весь процесс старения населения, идущий с самого начала, стремительно ускоряется. Последняя дата соответствует моменту, когда сокращение числа рождений приведет к уменьшению когорт населения в трудоспособном и репродуктивном возрастах. На этом последнем этапе многие позитивные социальные и экономические последствия демографического перехода, вероятно, исчезают, а быстрое старение и сопутствующие ему требования становятся главными вызовами, с которыми сталкиваются эти общества. В идеале окно возможностей для экономических и социальных перемен должно сохраняться на протяжении периода, охватывающего первую и вторую (D-A) или первую и третью (E-A) даты. Я ввел важный нюанс в эту очень простую модель, сделав окно возможностей зависимым от наличия умеренных темпов роста населения. Идея заключается в том, что чрезмерно высокие темпы роста населения подавляют большинство или все положительные эффекты, запущенные репродуктивными изменениями. Уровни роста, считающиеся приемлемыми для позитивных социальных изменений, были установлены на отметках в 1,5 и 2% в год. Более высокая скорость слишком оптимистична, потому что трудно представить себе положительный эффект при таких высоких темпах роста населения. Более низкая скорость лучше соответствует тому, что можно назвать приемлемым ростом, хотя есть подозрение, что и она может быть слишком высокой.

Используя эти критерии, была оценена продолжительность сохранения окна возможностей (нижняя часть таблицы 3). Результаты поразительны и вряд ли могут привести к оптимистичным выводам. Для Испании и Швеции (два примера исторического перехода) это окно сохранялось более века и в настоящее время закрыто. Для других стран в нашей выборке, несмотря на то, что они все вошли в это гипотетическое окно возможностей, маловероятно, что оно будет открыто очень долго. В зависимости от используемого критерия этот благоприятный период демографически обусловленных социальных и экономических перемен должен длиться от 10 до 30 лет, гораздо меньше, чем это было в европейских странах. Только в Китае окно возможностей сохранится чуть дольше (возможно, 40 лет) во многом благодаря резкому снижению рождаемости, которое произошло в 1970-е годы, по большей части, до введения правительством политики одного ребенка в 1979 г. Но даже в Китае окно возможностей обещает сохраниться недолго, так как на горизонте вырисовываются серьезные реалии быстрого демографического старения при существенном сокращении доли трудоспособного населения, что ожидается уже в ближайшие 5-10 лет

В конечном счете демографический переход во многих развивающихся странах был сильно сжат во времени, в то время как в странах, где переход произошел раньше, он был гораздо более постепенным. В первом случае темпы снижения демографической нагрузки выше, но окно возможностей закрывается намного раньше; при историческом же переходе улучшения происходили медленнее, но окно возможностей оставалось открытым дольше. Я утверждаю, что, с точки зрения долгосрочных социальных, экономических и

⁷ Эфиопия и Сенегал не были включены в таблицу 3 из-за невозможности оценить многие показатели.

институциональных перемен, постепенный темп изменений был идеальным, поскольку он предоставил странам время, чтобы воспользоваться этим преимуществом в стабильной и прочной обстановке. Пока неясно, будет ли у стран, переживающих недавние переходы, достаточно времени, чтобы в полной мере использовать выгоды от этих важных демографических изменений.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

За возможным и лишь частичным исключением США, где относительно высокая рождаемость сочетается со значительной иммиграцией, страны исторического перехода находятся на пороге длительного периода, на протяжении которого старение населения будет иметь негативные последствия для экономического роста и социальных систем. Цикл благоприятного влияния демографического перехода, похоже, исчерпал себя, и обнаружилась его обратная сторона, что сопровождается растущей обеспокоенностью общественного мнения относительно долгосрочной социальной стабильности во многих развитых странах. Тем не менее демографический переход сделал возможным существование общества, разительно отличающегося от прошлого, с высоким уровнем жизни, образованным и информированным населением, сложившимися консолидированной пенсионной и другими системами перераспределения доходов, со стабильным институциональным контекстом. Многие из этих достижений пройдут проверку на прочность даже в трудные времена, которые, несомненно, наступят в будущем. Иными словами, в этих обществах преобразование было завершено.

Большая часть стран с более поздним демографическим переходом только сейчас видят свои собственные окна возможностей. После того, как многие из потенциально возможных положительных эффектов демографического перехода были упущены из-за чрезвычайно высоких темпов роста населения на протяжении нескольких десятилетий, они теперь будут пожинать некоторые преимущества роста эффективности воспроизводства населения. Будет ли у этих стран достаточно времени, чтобы полностью преобразовать свои общества, как это было сделано в Европе и в других местах? Ответ на этот вопрос полон неопределенности. Значительные различия характеризуют эту группу стран: некоторые из них (в частности, некоторые страны Восточной Азии) полностью модернизировались в последние десятилетия, в то время как другие продолжают вязнуть в отсталости и нищете. Несомненно, у этих стран будут гораздо меньше времени, чтобы обновить свои социальные структуры, чем было у стран раннего демографического перехода, хотя верно и то, что темпы экономических и социальных преобразований, по крайней мере в некоторых из них, гораздо выше, чем были в исторической Европе. Трудно удержаться от опасения, что, когда окно возможностей закроется, уровни социального, экономического и институционального развития во многих из этих стран могут быть недостаточными. Это, конечно, весьма умозрительные рассуждения, и пока еще слишком рано прогнозировать результаты нынешних тенденций с какой-либо степенью уверенности. Но даже и с этой оговоркой кажется очевидным, что демографически благоприятный период будет коротким, что обязывает эти общества мобилизовать свои силы и по возможности быстро завершить процесс своего развития.

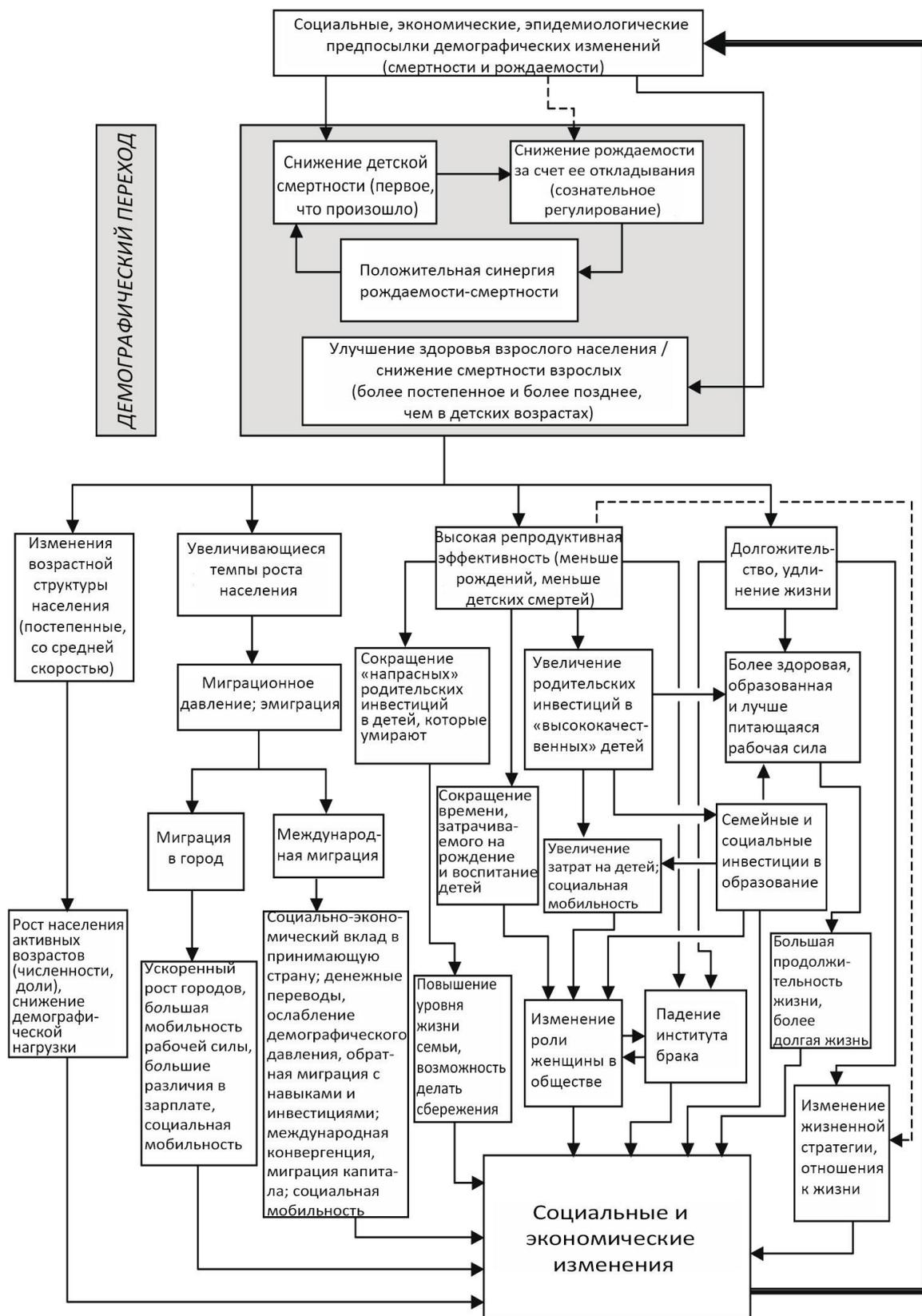
Невозможно предсказать, как будет проходить демографический переход в странах Африки южнее Сахары, где он сейчас находится на начальных стадиях. Постепенное снижение смертности и рождаемости, наблюдавшееся до сих пор, позволяет предположить, что демографический переход в этом регионе, когда он состоится, будет иметь иные характеристики, нежели в других развивающихся странах, и вполне может продолжаться намного дольше.

В странах более раннего демографического перехода вызовы, связанные с экономически невыгодной возрастной структурой населения и нехваткой рабочей силы, могут компенсироваться, по крайней мере частично, вторым демографическим дивидендом, упомянутым ранее [Lee, Mason 2010], а также государственной политикой, направленной на увеличение экономической активности населения, более поздним выходом на пенсию, а также сокращением пенсий и системы социального обеспечения. Растущее присутствие иммигрантов в этих странах также обещает сохраняться и даже нарастать в будущем. Эти иммигранты приезжают из стран более позднего перехода, где в настоящее время рынки труда заполнены людьми, ищущими работу. В этом смысле миграция в Европу и США будет полезна как для посылающих, так и для принимающих стран. Миграция - социально и политически спорный, но экономически эффективный ответ на избыточное или недостаточное предложение труда. Такая ситуация равновесия, в которой избыток людских ресурсов в одних регионах компенсирует их нехватку в других посредством миграции, также обречена на недолгую жизнь. Если нынешние тенденции сохранятся, большинство стран-экспортеров рабочей силы довольно скоро, как только когорты с более низкой численностью населения начнут достигать трудоспособного возраста, сами начнут страдать от ее нехватки. Печальная ирония истории состоит в том, что, хотя в этих странах демографический переход (снижение рождаемости) начался 60-80 или даже более лет спустя после его начала в странах исторического перехода, период нехватки рабочей силы начнется всего на 20-30 лет позже. Разрыв между ранними и более поздними переходами действительно сужается, но только за счет сокращения времени, отведенного новичкам для экономического роста и социальной консолидации.

Последствия этих наблюдений трудно прогнозировать, но вполне вероятно, что наиболее образованных членов поднимающихся обществ будет по-прежнему привлекать более высокая зарплата в развитых странах и они последуют по стопам ранних эмигрантов. В какой степени эти перемещения людей способны решить проблемы посылающих или принимающих стран, покажет будущее. Существовавшее исторически положительное, по своей сути, влияние миграции и на посылающие, и на принимающие страны, скорее всего, сохранится и в будущем. Однако значительные перекосы возрастных структур в посылающих и принимающих странах создают проблемы и вызовы невообразимых ранее масштабов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Демографический переход, формирование человеческого капитала, социальные и экономические изменения. Общая схема



ЛИТЕРАТУРА

- Anderton D. L., L. L. Bean (1985). Birth spacing and fertility limitation: A behavioral analysis of a nineteenth-century frontier population // *Demography*. 22(2): 169–183.
- Biraben J. N. (1991). Pasteur, pasteurization, and medicine // R. Schofield, D. S. Reher, A. Bideau (eds.). *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 220–232.
- Bloom D. E., D. Canning (2001). Cumulative causality, economic growth, and the demographic transition // N. Birdsall, A. C. Kelley, S. W. Sinding, eds. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Oxford: Oxford University Press: 165–200.
- Bloom D. E., D. Canning, J. Sevilla (2003). The demographic dividend: A new perspective on the economic consequences of population change / *Population Matters Monograph MR-1274*. RAND, Santa Monica.
- Chesnais J.-C. (1986). La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. // Institut national d'études démographiques. Cahier № 113. Paris: Presses Universitaires de France.
- Coale A. J. (1973). The demographic transition // *International Population Conference*. Vol. 1. Liège: 53–72.
- Coale A. J. (1986). The decline of fertility in Europe since the eighteenth century as a chapter in human demographic history // A. J. Coale, S. C. Watkins, eds. *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton: Princeton University Press: 1–30.
- Coleman D. (2006). Immigration and ethnic change in low-fertility countries: A third demographic transition // *Population and Development Review*. 32(3): 401–446.
- Dalla Zuanna G. (2007). Social mobility and fertility // *Demographic Research*. 17, article 15: 441–464.
- Davis K. (1945). The world demographic transition // *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 237(January): 1–11.
- Demeny P. (1972). Early fertility decline in Austria-Hungary: A lesson in demographic transition // D. V. Glass, R. Revelle, eds. *Population and Social Change*. London and New York: Edward Arnold: 153–172.
- Fogel R. W. (2004). *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100: Europe, America and the Third World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fogel R. W., D. L. Costa (1997). A theory of technophysio evolution, with some implications for forecasting population, health care costs, and pension costs // *Demography*. 34(1): 49–66.
- Hatton T. J., J. G. Williamson (1998). *The Age of Mass Migration: Causes and Economic Impact*. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Hatton T. J., J. G. Williamson (2006). *Global Migration and the World Economy: Two Centuries of Policy and Performance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Hohenberg P. M., L. H. Lees (1995). *The Making of Urban Europe, 1000–1994*. Revised edition. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kelley A. C., R. M. Schmidt (2001). Economic and demographic change: A synthesis of models, findings, and perspectives // N. Birdsall, A. C. Kelley, S. W. Sinding, eds. *Population*

- Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World. Oxford: Oxford University Press: 67–105.
- Kelley A. C., R. M. Schmidt (2007). Evolution of recent economic-demographic modeling: A synthesis // A. Mason, M. Yamaguchi, eds. Population Change, Labor Markets and Sustainable Growth: Towards a New Economic Paradigm. Amsterdam: Elsevier: 5–38.
- Keyfitz N. (1987). Form and substance in family demography // J. Bongaarts, T. K. Burch, K. W. Wachter, eds. Family Demography: Methods and Their Application. Oxford: Clarendon Press: 4–16.
- Kunitz S. J. (1991). The personal physician and the decline of mortality // R. S. Schofield, D. Reher, A. Bideau, eds. The Decline of Mortality in Europe. Oxford: Oxford University Press: 248–262.
- Lee R. (2003). The demographic transition: Three centuries of fundamental change // Journal of Economic Perspectives. 17(4): 167–190.
- Lee R., A. Mason (2010). Fertility, human capital, and economic growth over the demographic transition // European Journal of Population. 26(2): 159–182.
- Lee R., S.-H. Lee, A. Mason (2008). Charting the economic life cycle // Population and Development Review. 34(Supp.): 208–237.
- Lesthaeghe R. (2010). The unfolding story of the second demographic transition // Population and Development Review. 36(2): 211–251.
- Lindh T., B. Malmberg (1999). Age structure effects and growth in the OECD, 1950–1990 // Journal of Population Economics. 12: 431–449.
- Livi Bacci M. (2000). Mortality crises in historical perspective: The European experience // G. A. Cornia, R. Panizza, eds. The Mortality Crisis in Transitional Economies. Oxford: Oxford University Press: 38–58.
- Lunn P. G. (1991). Nutrition, immunity and infection // R. S. Schofield, D. Reher, A. Bideau, eds. The Decline of Mortality in Europe. Oxford: Oxford University Press: 131–145.
- Mason A., R. Lee (2006). Reform and support systems for the elderly in developing countries: Capturing the second demographic dividend // GENUS. 62(2): 11–35.
- McKeown T. (1976). The Modern Rise of Population. London: Edward Arnold.
- Mitchell B. R. (1998a). International Historical Statistics: Africa, Asia and Oceania, 1750–1993. London: Macmillan.
- Mitchell B. R. (1998b). International Historical Statistics: Europe, 1750–1993. London: Macmillan.
- Mitchell B. R. (1998c). International Historical Statistics: The Americas 1750–1993. London: Macmillan.
- Notestein F. (1945). Population—the long view // T. W. Schultz, ed. Food for the World. Chicago: University of Chicago Press.
- Reher D. S. (1995). Wasted investments: Some economic implications of childhood mortality patterns // Population Studies 49(3): 519–536.
- Reher D. S. (1999). Back to the basics: Mortality and fertility interactions during the demographic transition // Continuity and Change. 14(1): 9–31.
- Reher D. S. (2004). The demographic transition revisited as a global process // Population, Space and Place. 10: 19–41.

- Reher D. S. (2007). Towards long-term population decline: a discussion of relevant issues // *European Journal of Population*. 23: 189–207.
- Reher D. S., A. Sanz-Gimeno (2007). Rethinking historical reproductive change: Insights from longitudinal data for a Spanish town // *Population and Development Review*. 33(4): 703–727.
- Riley J. C. (2005a). *Poverty and Life Expectancy: The Jamaica Paradox*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Riley J. C. (2005b). Estimates of regional and global life expectancy, 1800–2001 // *Population and Development Review*. 31(3): 537–543.
- Riley J. C. (2005c). The timing and pace of health transitions around the world // *Population and Development Review*. 31(4): 741–764.
- Samuelson P. (1975). The optimum growth rate for population // *International Economic Review*. 16(3): 531–538.
- Schofield R., D. S. Reher (1991). The decline of mortality in Europe // R. S. Schofield, D. Reher, A. Bideau, eds. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 1–17.
- Szolysek M. (2007). Science without laws? Model building, micro histories and the fate of the theory of fertility decline // *Historical Social Research*. 32(2): 10–41.
- Thornton A. (2001). The developmental paradigm, reading history sideways, and family change // *Demography*. 38(4): 449–465.
- Thornton A. (2005). *Reading History Sideways: The Fallacy and Enduring Impact of the Developmental Paradigm on Family Life*. Chicago: University of Chicago Press.
- United Nations (2008). *World Population Prospects Database. The 2008 Revision*. URL:<http://esa.un.org/unpp/>.
- Vallin J. (1991). Mortality in Europe from 1720 to 1914: Long-term trends and changes in patterns by age and sex // R. Schofield, D. S. Reher, A. Bideau, eds. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 38–67.
- Van Bavel J. (2004). Deliberate birth spacing before the fertility transition in Europe: Evidence from nineteenth-century Belgium // *Population Studies*. 58(1): 95–107.
- Van Bavel J. (2006). The effect of fertility limitation on intergenerational social mobility: The quality-quantity trade-off during the demographic transition // *Journal of Biosocial Science*. 38(4): 553–569.
- Van Bavel J., J. Kok (2004). Birth spacing in the Netherlands: The effects of family composition, occupation and religion on birth intervals, 1820–1885 // *European Journal of Population*. 20(2): 119–140.
- Van de Kaa D. J. (1987). *Europe's second demographic transition* // *Population Bulletin*. 42, 1. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Wrigley E. A. (1985a). The fall of marital fertility in nineteenth-century France: Exemplar or exception? (Part I) // *European Journal of Population*. 1: 31–60.
- Wrigley E. A. (1985b). The fall of marital fertility in nineteenth-century France: Exemplar or exception? (Part II) // *European Journal of Population*. 1: 141–177.

ECONOMIC AND SOCIAL IMPLICATIONS OF THE DEMOGRAPHIC TRANSITION*

DAVID REHER

DAVID S. REHER. COMPLUTENSE UNIVERSITY OF MADRID, SPAIN.

E-MAIL: dreher@geps.es.

The paper deals with the way demographic transitions everywhere have proven themselves to be an important source of social and economic change. The paper has two parts. In the first one, the different ways in which change takes place over the medium and long run are assessed. Age structure, migration, reproductive efficiency and familial strategies, and adult health are all ways in which the transformational effects of demographic change are felt. In the second part of the paper the way the rate of change of vital rates conditions these beneficial effects in different areas of the world is discussed.

Key words: *demographic transitions, historic (early) demographic transition, recent demographic transitions, social and economic changes, demographic dividend.*

* REPRINTED WITH THE PERMISSION OF THE POPULATION COUNCIL FROM: DAVID S. REHER. ECONOMIC AND SOCIAL IMPLICATIONS OF THE DEMOGRAPHIC TRANSITION // RONALD D. LEE AND DAVID S. REHER, EDs. DEMOGRAPHIC TRANSITION AND ITS CONSEQUENCES. A SUPPLEMENT TO VOL. 37 (2011) OF POPULATION AND DEVELOPMENT REVIEW: 11-33.
TRANSLATED BY IRINA DRANNIKOVA AND ILYA KASHNITSKY.

REFERENCES

- Anderton D. L., L. L. Bean (1985). Birth spacing and fertility limitation: A behavioral analysis of a nineteenth-century frontier population // *Demography*. 22(2): 169–183.
- Biraben J. N. (1991). Pasteur, pasteurization, and medicine // R. Schofield, D. S. Reher, A. Bideau (eds.). *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 220–232.
- Bloom D. E., D. Canning (2001). Cumulative causality, economic growth, and the demographic transition // N. Birdsall, A. C. Kelley, S. W. Sinding, eds. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Oxford: Oxford University Press: 165–200.
- Bloom D. E., D. Canning, J. Sevilla (2003). The demographic dividend: A new perspective on the economic consequences of population change / *Population Matters Monograph MR-1274*. RAND, Santa Monica.
- Chesnais J.-C. (1986). *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*. // Institut national d'études démographiques. Cahier № 113. Paris: Presses Universitaires de France.
- Coale A. J. (1973). The demographic transition // *International Population Conference*. Vol. 1. Liège: 53–72.
- Coale A. J. (1986). The decline of fertility in Europe since the eighteenth century as a chapter in human demographic history // A. J. Coale, S. C. Watkins, eds. *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton: Princeton University Press: 1–30.

- Coleman D. (2006). Immigration and ethnic change in low-fertility countries: A third demographic transition // *Population and Development Review*. 32(3): 401–446.
- Dalla Zuanna G. (2007). Social mobility and fertility // *Demographic Research*. 17, article 15: 441–464.
- Davis K. (1945). The world demographic transition // *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 237(January): 1–11.
- Demeny P. (1972). Early fertility decline in Austria-Hungary: A lesson in demographic transition // D. V. Glass, R. Revelle, eds. *Population and Social Change*. London and New York: Edward Arnold: 153–172.
- Fogel R. W. (2004). *The Escape from Hunger and Premature Death, 1700–2100: Europe, America and the Third World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fogel R. W., D. L. Costa (1997). A theory of technophysio evolution, with some implications for forecasting population, health care costs, and pension costs // *Demography*. 34(1): 49–66.
- Hatton T. J., J. G. Williamson (1998). *The Age of Mass Migration: Causes and Economic Impact*. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Hatton T. J., J. G. Williamson (2006). *Global Migration and the World Economy: Two Centuries of Policy and Performance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Hohenberg P. M., L. H. Lees (1995). *The Making of Urban Europe, 1000–1994*. Revised edition. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kelley A. C., R. M. Schmidt (2001). Economic and demographic change: A synthesis of models, findings, and perspectives // N. Birdsall, A. C. Kelley, S. W. Sinding, eds. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Oxford: Oxford University Press: 67–105.
- Kelley A. C., R. M. Schmidt (2007). Evolution of recent economic-demographic modeling: A synthesis // A. Mason, M. Yamaguchi, eds. *Population Change, Labor Markets and Sustainable Growth: Towards a New Economic Paradigm*. Amsterdam: Elsevier: 5–38.
- Keyfitz N. (1987). Form and substance in family demography // J. Bongaarts, T. K. Burch, K. W. Wachter, eds. *Family Demography: Methods and Their Application*. Oxford: Clarendon Press: 4–16.
- Kunitz S. J. (1991). The personal physician and the decline of mortality // R. S. Schofield, D. Reher, A. Bideau, eds. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 248–262.
- Lee R. (2003). The demographic transition: Three centuries of fundamental change // *Journal of Economic Perspectives*. 17(4): 167–190.
- Lee R., A. Mason (2010). Fertility, human capital, and economic growth over the demographic transition // *European Journal of Population*. 26(2): 159–182.
- Lee R., S.-H. Lee, A. Mason (2008). Charting the economic life cycle // *Population and Development Review*. 34(Supp.): 208–237.
- Lesthaeghe R. (2010). The unfolding story of the second demographic transition // *Population and Development Review*. 36(2): 211–251.
- Lindh T., B. Malmberg (1999). Age structure effects and growth in the OECD, 1950–1990 // *Journal of Population Economics*. 12: 431–449.

- Livi Bacci M. (2000). Mortality crises in historical perspective: The European experience // G. A. Cornia, R. Panizza, eds. *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Oxford: Oxford University Press: 38–58.
- Lunn P. G. (1991). Nutrition, immunity and infection // R. S. Schofield, D. Reher, A. Bideau, eds. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 131–145.
- Mason A., R. Lee (2006). Reform and support systems for the elderly in developing countries: Capturing the second demographic dividend // *GENUS*. 62(2): 11–35.
- McKeown T. (1976). *The Modern Rise of Population*. London: Edward Arnold.
- Mitchell B. R. (1998a). *International Historical Statistics: Africa, Asia and Oceania, 1750–1993*. London: Macmillan.
- Mitchell B. R. (1998b). *International Historical Statistics: Europe, 1750–1993*. London: Macmillan.
- Mitchell B. R. (1998c). *International Historical Statistics: The Americas 1750–1993*. London: Macmillan.
- Notestein F. (1945). Population—the long view // T. W. Schultz, ed. *Food for the World*. Chicago: University of Chicago Press.
- Reher D. S. (1995). Wasted investments: Some economic implications of childhood mortality patterns // *Population Studies* 49(3): 519–536.
- Reher D. S. (1999). Back to the basics: Mortality and fertility interactions during the demographic transition // *Continuity and Change*. 14(1): 9–31.
- Reher D. S. (2004). The demographic transition revisited as a global process // *Population, Space and Place*. 10: 19–41.
- Reher D. S. (2007). Towards long-term population decline: a discussion of relevant issues // *European Journal of Population*. 23: 189–207.
- Reher D. S., A. Sanz-Gimeno (2007). Rethinking historical reproductive change: Insights from longitudinal data for a Spanish town // *Population and Development Review*. 33(4): 703–727.
- Riley J. C. (2005a). *Poverty and Life Expectancy: The Jamaica Paradox*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Riley J. C. (2005b). Estimates of regional and global life expectancy, 1800–2001 // *Population and Development Review*. 31(3): 537–543.
- Riley J. C. (2005c). The timing and pace of health transitions around the world // *Population and Development Review*. 31(4): 741–764.
- Samuelson P. (1975). The optimum growth rate for population // *International Economic Review*. 16(3): 531–538.
- Schofield R., D. S. Reher (1991). The decline of mortality in Europe // R. S. Schofield, D. Reher, A. Bideau, eds. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 1–17.
- Szolysek M. (2007). Science without laws? Model building, micro histories and the fate of the theory of fertility decline // *Historical Social Research*. 32(2): 10–41.
- Thornton A. (2001). The developmental paradigm, reading history sideways, and family change // *Demography*. 38(4): 449–465.
- Thornton A. (2005). *Reading History Sideways: The Fallacy and Enduring Impact of the Developmental Paradigm on Family Life*. Chicago: University of Chicago Press.

- United Nations (2008). World Population Prospects Database. The 2008 Revision.
URL:<http://esa.un.org/unpp/>.
- Vallin J. (1991). Mortality in Europe from 1720 to 1914: Long-term trends and changes in patterns by age and sex // R. Schofield, D. S. Reher, A. Bideau, eds. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Oxford University Press: 38–67.
- Van Bavel J. (2004). Deliberate birth spacing before the fertility transition in Europe: Evidence from nineteenth-century Belgium // *Population Studies*. 58(1): 95–107.
- Van Bavel J. (2006). The effect of fertility limitation on intergenerational social mobility: The quality-quantity trade-off during the demographic transition // *Journal of Biosocial Science*. 38(4): 553–569.
- Van Bavel J., J. Kok (2004). Birth spacing in the Netherlands: The effects of family composition, occupation and religion on birth intervals, 1820–1885 // *European Journal of Population*. 20(2): 119–140.
- Van de Kaa D. J. (1987). Europe's second demographic transition // *Population Bulletin*. 42, 1. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Wrigley E. A. (1985a). The fall of marital fertility in nineteenth-century France: Exemplar or exception? (Part I) // *European Journal of Population*. 1: 31–60.
- Wrigley E. A. (1985b). The fall of marital fertility in nineteenth-century France: Exemplar or exception? (Part II) // *European Journal of Population*. 1: 141–177.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В РОССИИ ЗА ПОЛВЕКА*

ЕКАТЕРИНА КВАША, ТАТЬЯНА ХАРЬКОВА, ВАЛЕРИЙ ЮМАГУЗИН

В статье рассматривается долговременная, с 1956 г., динамика смертности от внешних причин смерти в России. Показано длительное отставание России от развитых стран как по уровню смертности от внешних причин, который и сейчас продолжает оставаться высоким, так и по структуре смертности, архаизм которой проявляется в большом вкладе убийств, алкогольных отравлений и повреждений с неопределенными намерениями.

На основе таблиц смертности в работе рассчитаны избыточные числа смертей (d_x) от основных групп внешних причин в России по сравнению с западноевропейскими странами, показано, что в России наибольшие избыточные потери связаны со смертностью от отравлений у обоих полов, самоубийств у мужчин и убийств у женщин.

Смертность от внешних причин наряду со смертностью от болезней системы кровообращения оказывает существенное влияние на ожидаемую продолжительность жизни. В целом за 1956-2012 гг. рост смертности от внешних причин в возрасте 15-64 года сократил ожидаемую продолжительность жизни у мужчин на 2,6 года и у женщин на 0,7 года.

Наблюдаемое с 2003 г. снижение смертности от внешних причин позволило уменьшить разрыв с развитыми странами и приблизиться к достигнутому в России уровням смертности середины 1960-х и 1980-х годов, однако, учитывая колебательный характер изменений смертности от внешних причин, преждевременно судить, станет ли нынешнее снижение смертности устойчивым трендом.

Ключевые слова: смертность в России, внешние причины смерти, избыточная смертность, продолжительность жизни.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН НА ФОНЕ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ

Регулярная статистика смертности от внешних причин в России имеется с 1956 г. [Богоявленский 2001]. Она стала доступна исследователям в начале 1990-х годов, но тогда ее использование было затруднено нарушением сопоставимости долговременных непрерывных рядов при переходе от одного пересмотра Международной классификации причин смерти к другому. На протяжении многих лет группой французских и российских демографов велась совместная кропотливая работа по реклассификации данных из одной номенклатуры причин смерти в другую, с тем чтобы обеспечить сопоставимость непрерывных рядов данных.

ЕКАТЕРИНА АЛЕКСАНДРОВНА КВАША, ИНСТИТУТ ДЕМОГРАФИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ». РОССИЯ. E-mail: ekvasha@hse.ru.

ТАТЬЯНА ЛЕОНИДОВНА ХАРЬКОВА, ИНСТИТУТ ДЕМОГРАФИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ». РОССИЯ. E-mail: tkharkova@hse.ru.

ВАЛЕРИЙ ВАЛЕРЬЕВИЧ ЮМАГУЗИН, ИНСТИТУТ ДЕМОГРАФИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ». РОССИЯ. E-mail: vyumaguzin@hse.ru.

Статья поступила в редакцию в октябре 2014 г.

* В СТАТЬЕ ИСПОЛЬЗОВАНЫ РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ В ХОДЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРОЕКТУ № 05-0029 «ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ В СИСТЕМЕ ПРИОРИТЕТОВ БОРЬБЫ ЗА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИИ» В РАМКАХ ПРОГРАММЫ «НАУЧНЫЙ ФОНД НИУ ВШЭ».

Первые результаты этой работы для России были опубликованы в 1996 г. и относятся к периоду 1965-1994 гг. [Милле и др. 1996]. Ряд содержит 175 сопоставимых во времени причин смерти в кодировке действовавшей с 1988 г. советской номенклатуры. Несколько лет спустя тем же авторским коллективом, к которому присоединился Е.М. Андреев, работа была продолжена [Meslé et al. 2003], и в настоящее время имеется непрерывная серия данных начиная с 1959 г. [РосБРИС 2014]. Будучи дополнены официальными данными Росстата за 1956-1958 гг. и с конца 1990-х годов, эти данные создают надежную основу для анализа смертности от внешних причин смерти за более чем полувековой период. Представленный ниже анализ в значительной степени опирается на эти данные.

Используя публиковавшиеся ранее или имевшиеся в архивах данные за дореволюционный период, Д.Д. Богоявленский восстановил непрерывный ряд показателей насильственной смертности для 50 губерний Европейской России за 1870-1914 гг. Объединение этих данных с общероссийскими, начинающимися с 1956 г., на одном графике не вполне корректно, но все же дает некоторое, пусть и не совсем точное, представление о направлении динамики смертности от внешних причин в России почти за полтора столетия (рисунок 1).

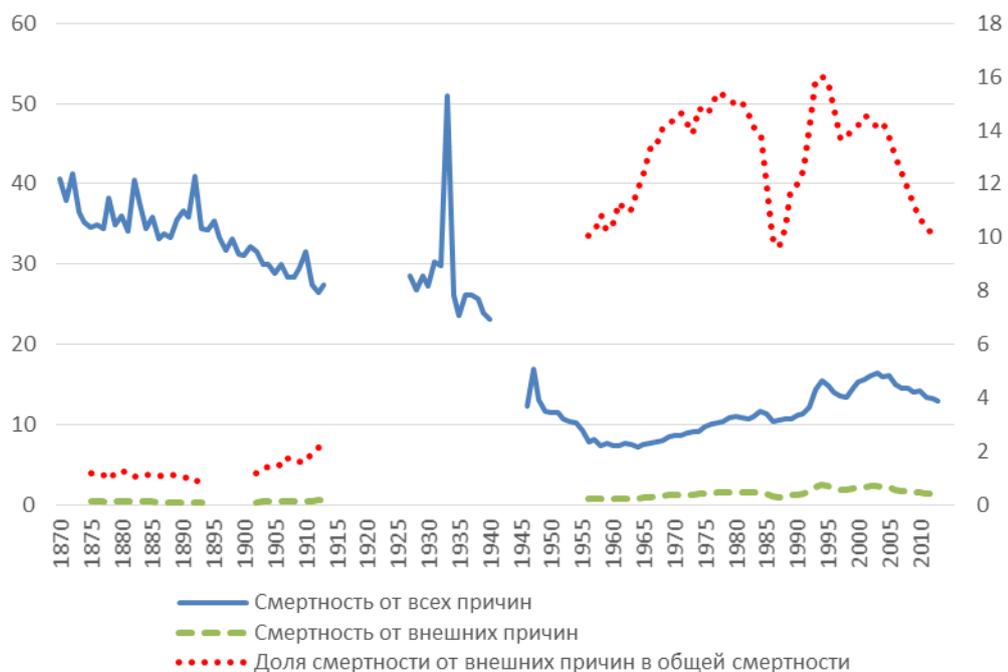


Рисунок 1. Общий коэффициент смертности от всех причин и от внешних причин, %, и доля смертности от внешних причин в общей смертности (правая шкала, %) в Российской Империи - РСФСР - России, 1870-2012

Источник: Рассчитано по [Богоявленский 2001; Росстат 2013].

Комментируя свой график, Д.Д. Богоявленский обращает внимание на неизменно растущую роль этого вида смертности. «В то время как общий коэффициент смертности в России на протяжении ста лет постепенно и с перерывами снижался, коэффициент смертности от внешних причин непрерывно рос, и этот рост продолжался и тогда, когда стал увеличиваться и общий коэффициент. Более того, именно рост насильственной

смертности внес очень большой вклад в общее повышение смертности в России в последней трети XX века» [Богоявленский 2001].

За весь период с 1956 по 2013 г., за который имеются непрерывные данные, от этого класса причин в России умерло 12,1 млн человек (или свыше 13% всех умерших). С 1956 г. до середины 1980-х годов число смертей от внешних причин устойчиво росло, затем оно снизилось на короткое время в период антиалкогольной кампании и «перестройки», после чего снова возобновило рост, достигнув исторического максимума в 1994 г. (рисунок 2).

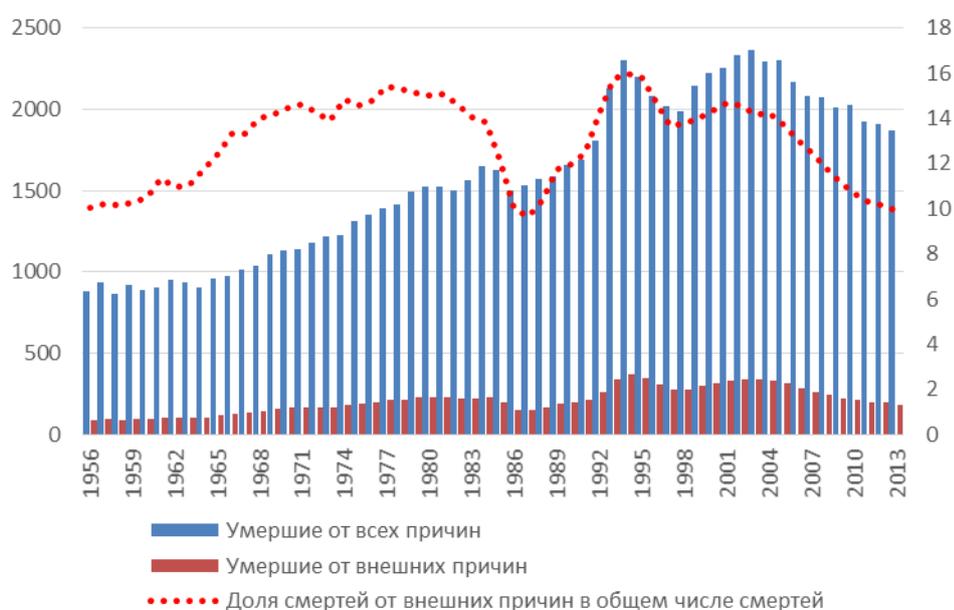


Рисунок 2. Число умерших от всех и от внешних причин, тыс., и доля смертей от внешних причин в общем числе смертей (правая шкала, %) в России, 1956-2013

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014].

Затем последовало снижение, сменившееся после 1998 г. новым подъемом, достигшим пика в 2003 г. Этот подъем оказался временным, после 2003 г. возобновилось снижение, идущее с небольшими колебаниями до сих пор. В 2011 г. число смертей от внешних причин впервые после 1990 г. опустилось ниже 200 тыс., а в 2012 г. – ниже уровня 1998 г.

Как следует из рисунка 2, вместе со снижением числа смертей от внешних причин снижается и их доля в общем числе смертей, оставаясь все же очень высокой. В стране, где вклад внешних причин в общую смертность некогда составлял 1-2%, после 1956 г. он несколько раз опускался, в лучшем случае приближаясь к 10%, но нередко поднимался до 15% и даже выше. После пика 1994 г., когда доля смертей от внешних причин достигла максимума (16%), она сократилась до 10,2% в 2012 г. и до 9,9% в 2013 г. Но в большинстве европейских стран эта доля значительно ниже (рисунок 3). В США, стране с населением в 2,2 раза большим, чем в России, в 2012 г. внешние причины унесли меньше жизней (190 тыс. [NCHS 2014] против 194 тыс. в России).

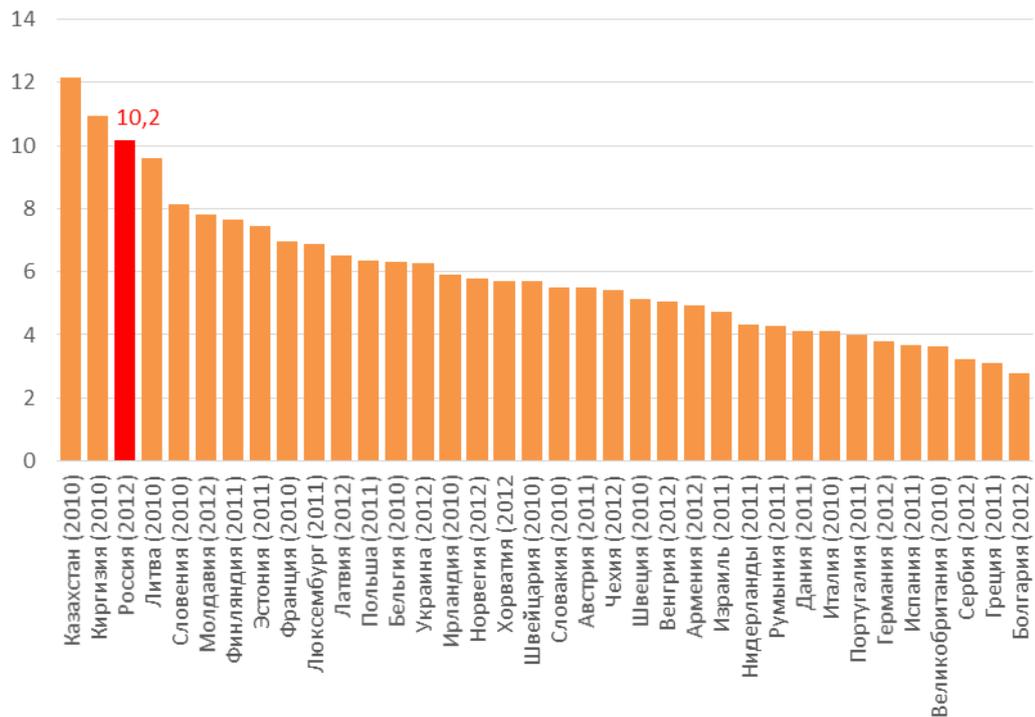


Рисунок 3. Доля умерших от внешних причин в общем числе умерших в России и некоторых странах мира, 2010-2012, %

Источник: Рассчитано по [Росстат 2013; WHO DMDDB 2014].

На огромное отставание России указывает и стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин. Даже в начале 1970-х годов, когда разрыв был меньшим, чем сейчас, этот коэффициент у мужчин в России был примерно в два-три раза выше, чем на Западе, несколько меньшим, но тоже значительным, было превышение и у женщин. Дальнейшее же снижение смертности от внешних причин в западных странах и одновременно ее рост в России резко увеличили разрыв: в отдельные годы этот показатель превосходил типичные западные уровни для мужчин в 7-8 раз, а для женщин в 4-5 раз. В последние годы наметилось некоторое сближение, но очень большие различия сохраняются (рисунок 4).

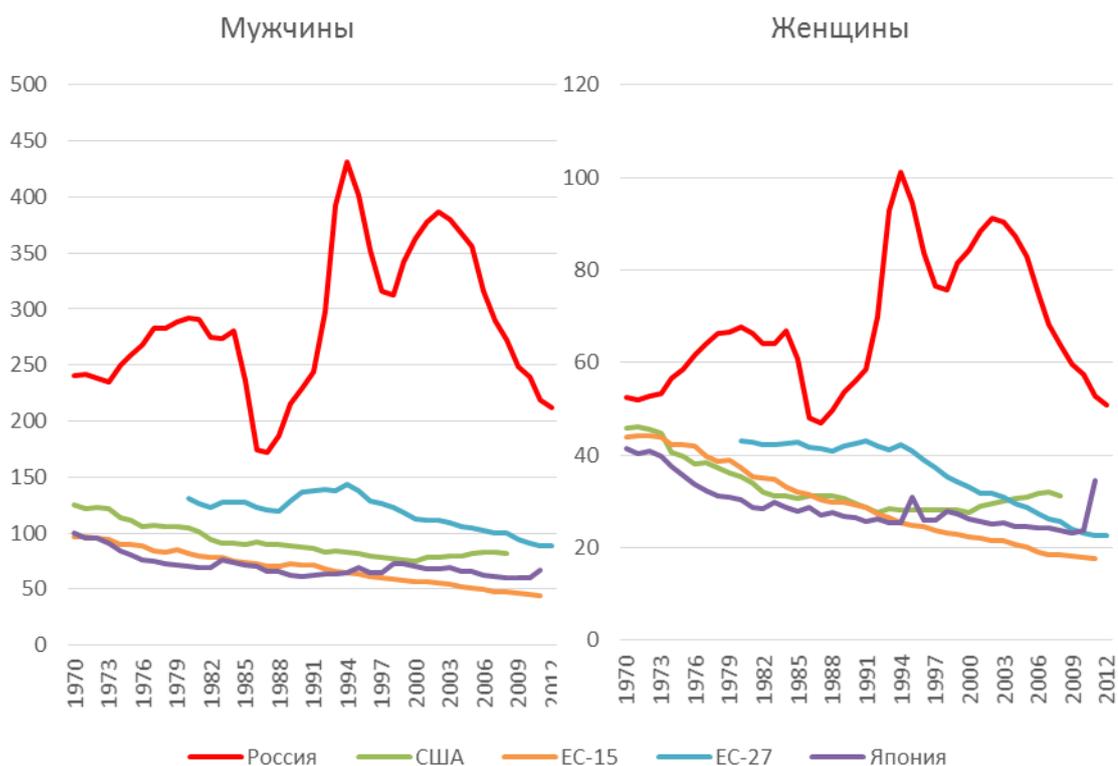


Рисунок 4. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в России, странах ЕС-15¹ и ЕС-27², США и Японии, 1970-2012, на 100 тыс. населения соответствующего пола

Примечание: Использован Европейский стандарт ВОЗ.

Источник: Рассчитано по [Росстат 2013; WHO MDB 2014; WHO HFA 2014].

Как и абсолютное число смертей, стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин в последнее время снижается, но пока, по сути, речь идет лишь о возврате к уровню начала 1990-х годов, тоже очень высокому, отрыв же от других развитых стран в ряде случаев даже увеличивается. Остается очень высоким и вклад смертности от внешних причин в формирование общего стандартизованного коэффициента смертности. Хотя в Европе есть страны, где, при более низкой, чем в России, общей смертности, относительный вклад внешних причин близок к российскому, это скорее исключение, чем правило. Если взять для сравнения среднюю величину как для «старых» стран Европейского союза (ЕС-15), так и для всех стран ЕС-27, в России этот вклад почти вдвое выше (рисунок 5).

¹ Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Греция, Дания, Италия, Ирландия, Испания, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Финляндия, Франция, Швеция.

² Те же страны плюс Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Словакия, Словения, Румыния, Чехия, Эстония.

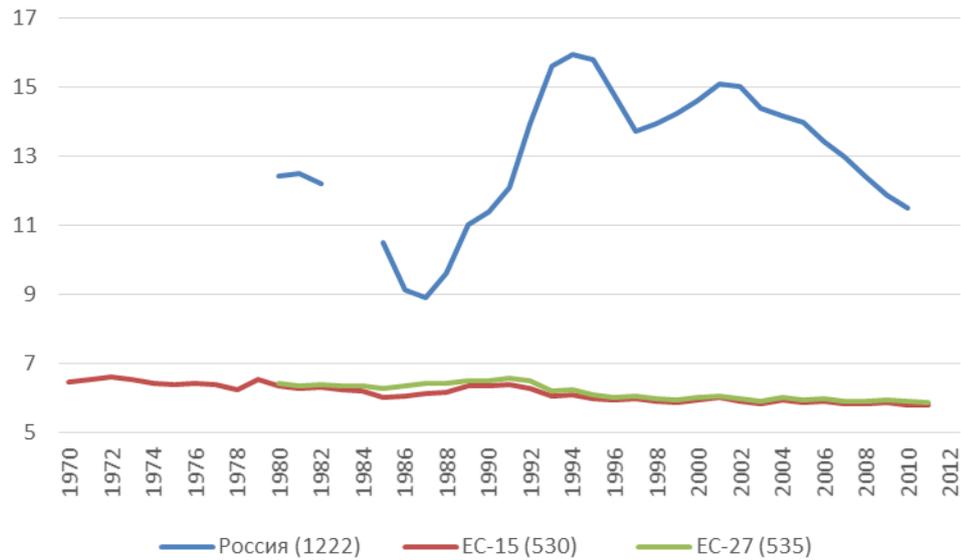


Рисунок 5. Доля внешних причин в стандартизованном коэффициенте смертности от всех причин в России и странах ЕС, оба пола, 1970-2012, %

Примечание: В скобках – стандартизованный коэффициент смертности от всех причин в 2010 г., на 100 тыс. населения.

Источник: Рассчитано по [WHO HFA 2014; РосБРУС 2014].

В странах с низкой смертностью внешние причины обычно занимают четвертое место среди причин смерти - после болезней системы кровообращения, новообразований и болезней органов дыхания. В России, где не вполне завершена первая эпидемиологическая революция, к этим четырем классам причин смерти примыкают болезни органов пищеварения, они порой даже конкурируют с болезнями органов дыхания. Но зато в России пока нет конкуренции между болезнями органов дыхания и внешними причинами смерти, внешние причины прочно находятся на третьем месте, а иногда и на втором (рисунок 6), внося вклад в общее число смертей, сопоставимый со вкладом новообразований, а то и превосходящий его, что совершенно не характерно для стран с высокой продолжительностью жизни (рисунок 7).

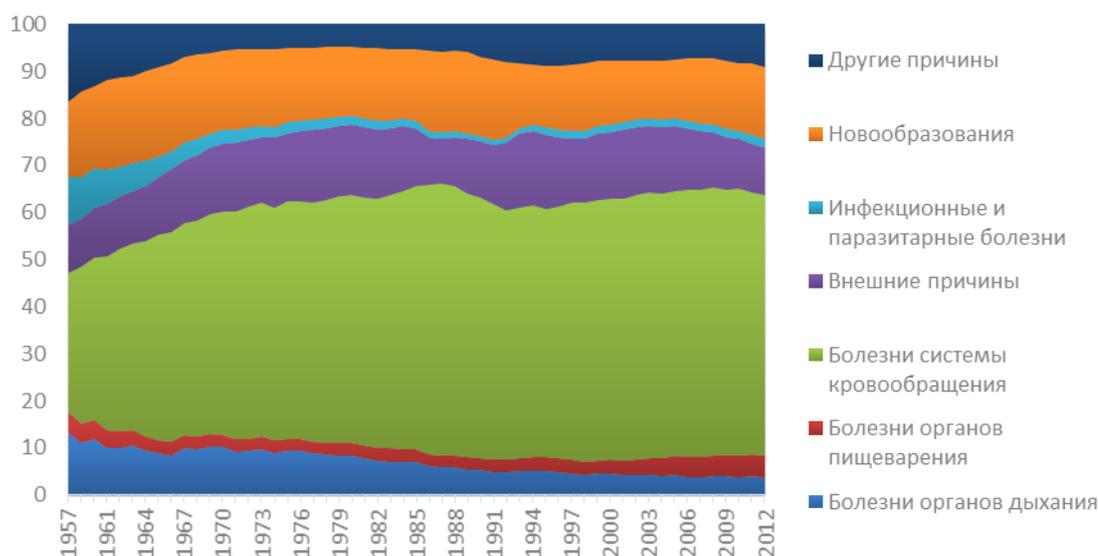


Рисунок 6. Распределение абсолютных чисел умерших по основным классам причин смерти в России, 1956-2012, %

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014].

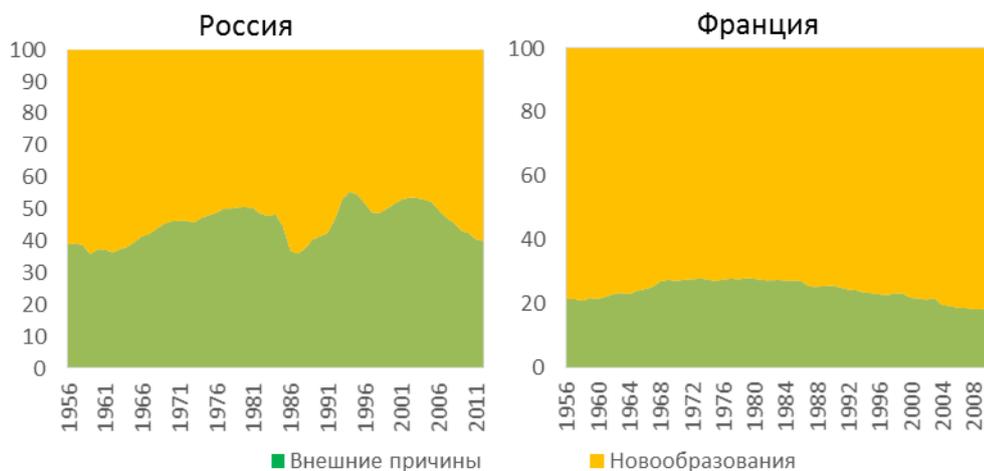


Рисунок 7. Соотношение абсолютных чисел умерших от внешних причин и новообразований в России и во Франции, 1956-2012, %

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014; WHO MDB 2014].

Вдобавок ко всему необходимо учитывать, что в результате воздействия внешних причин растет число травмированных и потерявших трудоспособность, намного превосходящее число смертей. Об этом свидетельствует и мировой опыт. В докладе ВОЗ за 2006 г. отмечается, что ежедневно в Европейском регионе от внешних причин погибали около 2000 человек, 60 тыс. попадали в больницы, а 600 тыс. вынуждены были обращаться за неотложной амбулаторной помощью [ВОЗ 2006].

СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

Несмотря на обычное третье-четвертое место по числу вызванных внешними причинами смертей, они везде занимают первое место среди причин *преждевременной* смертности, потому что «травматической смертности значительно сильнее, чем смертности от болезней, подвержены дети, молодежь и взрослые люди в возрасте до 45 лет» [Демографическая модернизация 2006: 338]. Смертность от внешних причин в России демонстрирует как общие для всех стран различия по полу и возрасту, так и специфические особенности, характерные для нашей страны.

Хотя этот вид смертности у мужчин всегда выше, чем у женщин, в России разрыв особенно велик. Стандартизованный коэффициент смертности женщин от внешних причин в России сопоставим с соответствующим показателем для мужчин в странах Западной Европы, при этом у мужчин в России он выше женского в 4 – 4,5 раза, тогда как в 15 взятых для сравнения странах – примерно в 2,5 раза (рисунок 8).

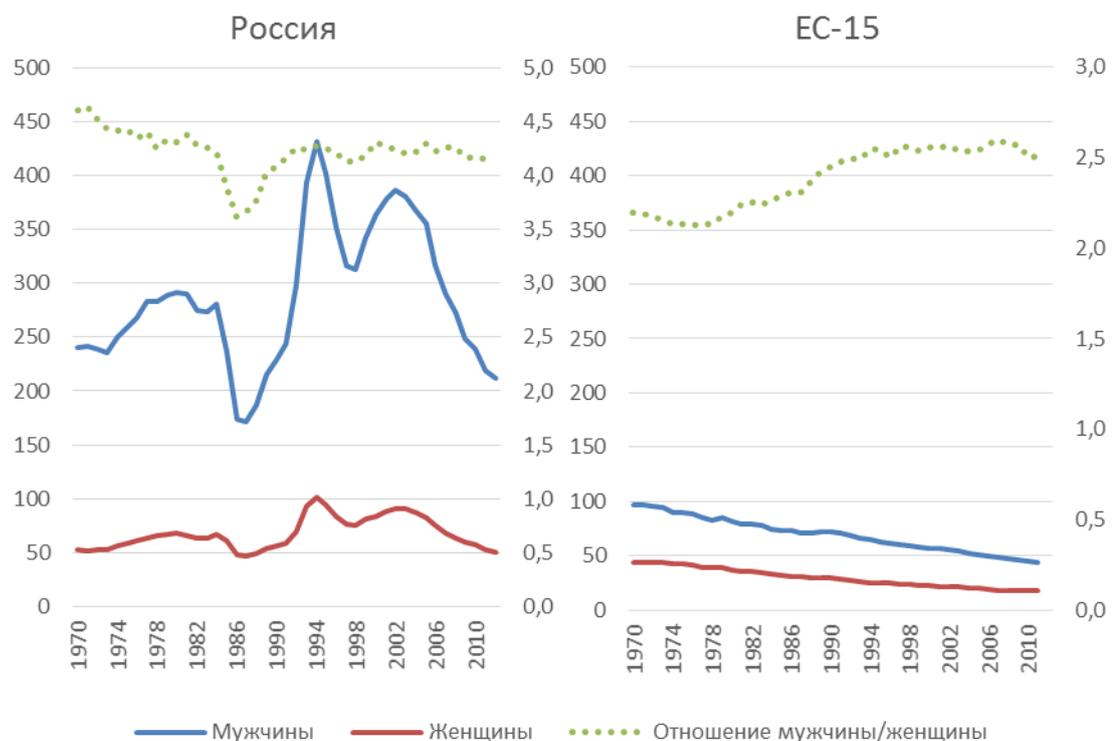


Рисунок 8. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин на 100 тыс. населения соответствующего пола и отношение мужского показателя к женскому (правая шкала, раз) в России и в ЕС-15, 1970-2012

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014; WHO HFA 2014].

Смертность от внешних причин особенно заметна в «молодежных» возрастах, когда другие причины смерти еще не набирают силу. В 2012 г. доля обусловленных внешними причинами смертей во всех смертях и у мужчин, и у женщин достигала пика в возрасте 15-19 лет (рисунок 9).

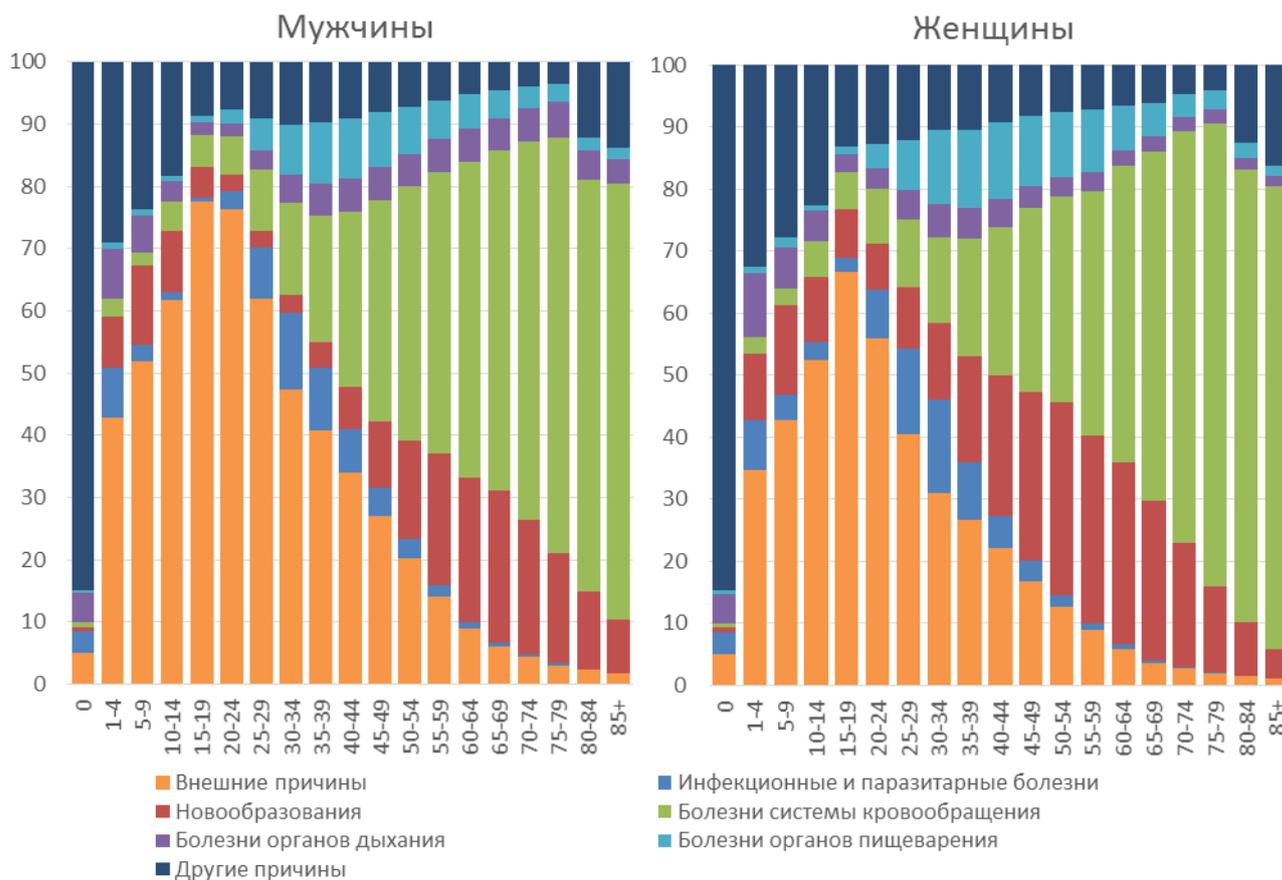


Рисунок 9. Распределение числа смертей по основным классам причин смерти в разных возрастах в России, 2012, %

Источник: Рассчитано по [РосБРУС 2014].

Хотя от года к году вклад этого вида смертности в общую смертность в различных возрастах может несколько изменяться, на практике такие изменения не очень значительны. Длительное время максимум такого вклада у мужчин в России приходился на возрастную группу 20-24 года, начиная с 1999 г. он сместился на группу 15-19 лет; у женщин максимум устойчиво приходится на 15-19 лет (рисунок 10).

Снижение доли умерших от внешних причин после достижения максимальных значений в 15-25 лет объясняется не тем, что смертей от внешних причин становится меньше, а тем, что с возрастом нарастает смертность от других причин. Уровень же смертности от внешних причин в расчете на 100 тыс. человек возрастной группы, наоборот, может увеличиваться. Во всяком случае, в России происходит именно так: возрастные коэффициенты смертности от внешних причин достигают наивысших значений в трудоспособных возрастах (от 20 до 60 лет для разных причин этого класса), затем снижаются и вновь растут уже в старости; на графике это выглядит как появление «горба травматической смертности» (рисунок 11). Особенно этот горб был заметен в 1993-1995 гг., когда показатели смертности от внешних причин у мужчин средних возрастов были выше, а у женщин сопоставимы со смертностью в самых старших возрастах. Возрастной «горб травматической смертности» характерен не только для всего класса внешних причин в целом, но и едва ли не для каждого ее вида. По отдельным группам внешних причин,

прежде всего транспортным несчастным случаям, самоубийствам, убийствам, и особенно повреждениям с неопределенными намерениями, он выражен еще более существенно и всегда заметно выше у мужчин.

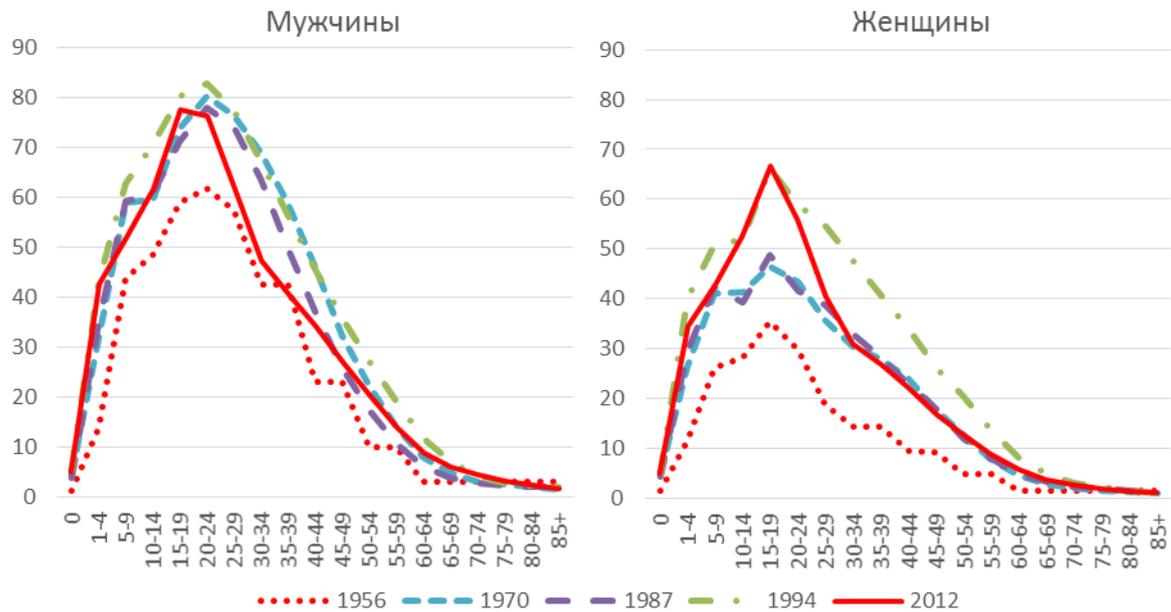


Рисунок 10. Доля смертей от внешних причин во всех смертях по возрасту и полу в России, 1956, 1970, 1987, 1994 и 2012, %

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014].

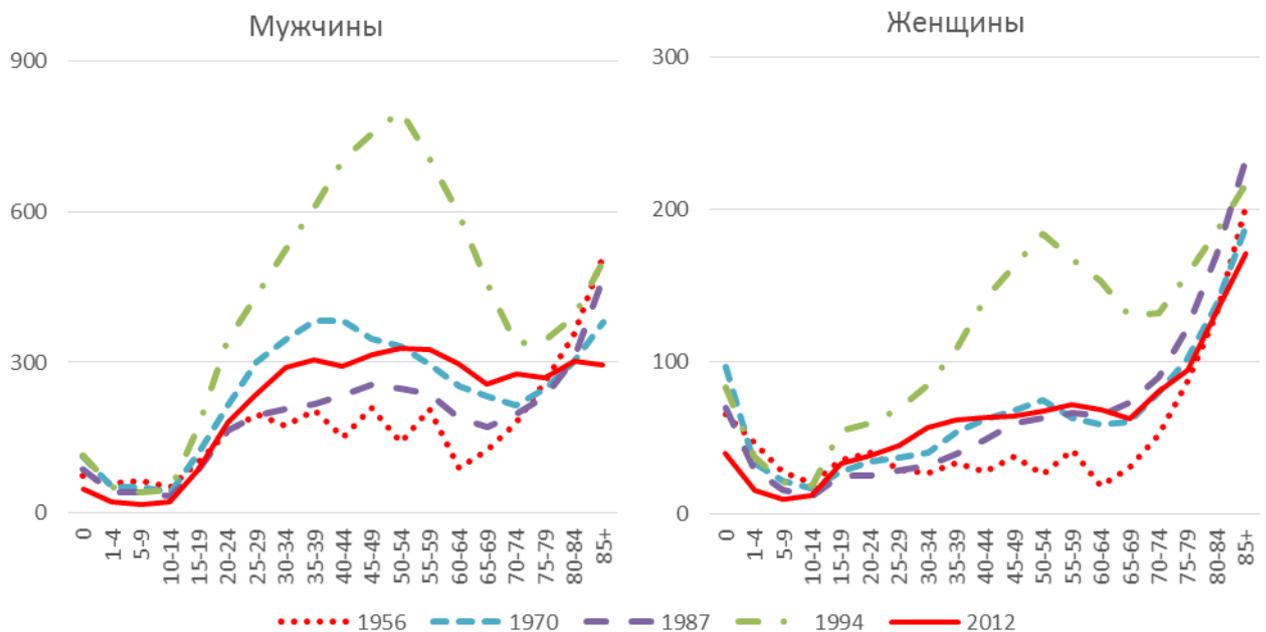


Рисунок 11. Возрастные коэффициенты смертности от внешних причин в России, 1956, 1965, 1970, 1987, 1994 и 2012, на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014].

Возрастной «горб травматической смертности», приходящийся на основные трудоспособные возраста и приводящий к огромным потерям продолжительности жизни, невыгодно отличает Россию от стран с более низкой смертностью, где этот вид смертности плавно (особенно в странах с самой низкой смертностью) нарастает с возрастом, достигая максимума в преклонные годы (рисунок 12).

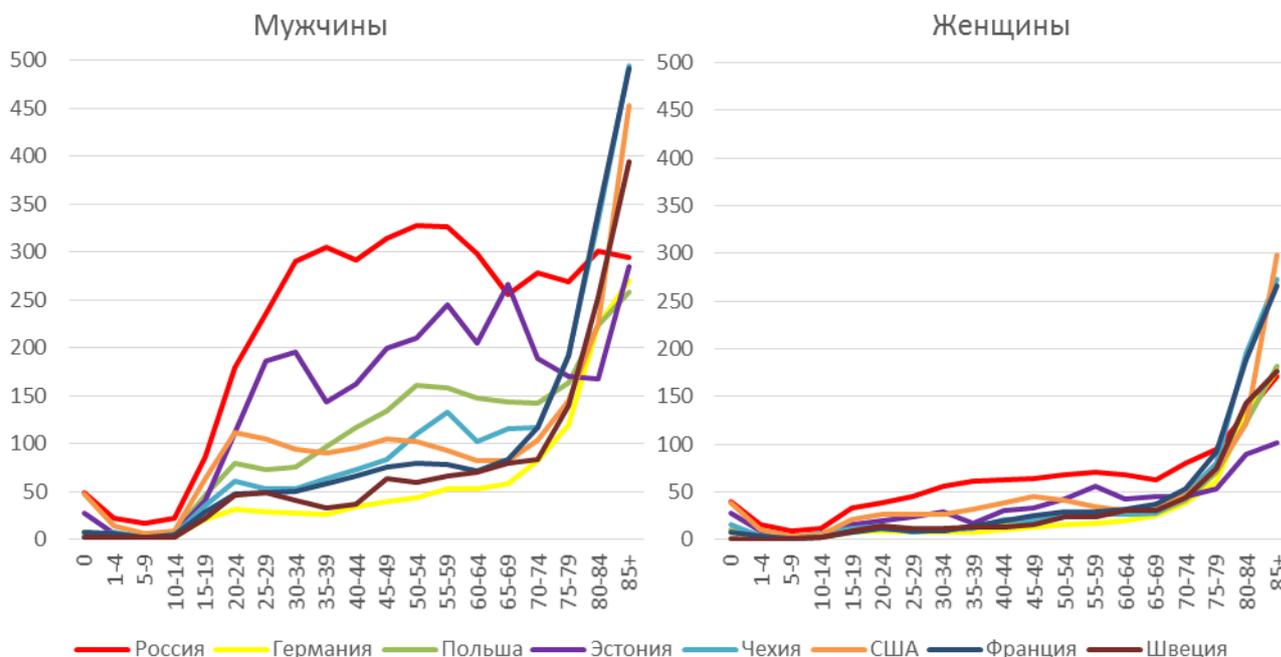


Рисунок 12. Возрастные коэффициенты смертности от внешних причин в России и некоторых западных странах 2010, на 100 тыс. населения соответствующего пола и возраста

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014; WHO MDB 2014].

СМЕРТНОСТЬ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПО ОСНОВНЫМ ВИДАМ ВНЕШНИХ ПРИЧИН СМЕРТИ

Число возможных внешних причин смерти очень велико, их перечень в международной классификации включает многие относительно редкие причины, вплоть до таких экзотических, как залп фейерверка, контакт с ядовитыми змеями и ящерицами или удар молнии. Однако подавляющее большинство смертей обусловлено несколькими группами основных причин, которые в решающей степени определяют общий уровень смертности от внешних причин в целом и поэтому привлекают наибольшее внимание. К ним обычно относят транспортные несчастные случаи (включая ДТП) (коды МКБ 10 V01-V99), преднамеренные самоповреждения (самоубийство) (X60-X84), нападения (убийство) (X85-Y09), повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34), случайные отравления и воздействия ядовитыми веществами (X40-X49) (включая случайные отравления и воздействия алкоголем (X45)), случайные падения (W00-W19), случайные

утопления (W65-W74)³. Список важнейших групп внешних причин смерти, выделяемых при анализе, может несколько изменяться, но в общем он довольно устойчив. Причины смерти, не попавшие в одну из таких выделяемых групп, объединяются в группу «другие несчастные случаи».

В российской структуре внешних причин смерти наибольшая смертность у мужчин связана с такими причинами, как самоповреждения (более 1,8 млн смертей за 1956-2012 гг.), транспортные несчастные случаи, включая ДТП (около 1,4 млн смертей), случайные отравления алкоголем (более 1 млн смертей), повреждения с неопределенными намерениями (около 895 тыс. смертей), замыкают пятерку убийства (около 843 тыс. смертей).

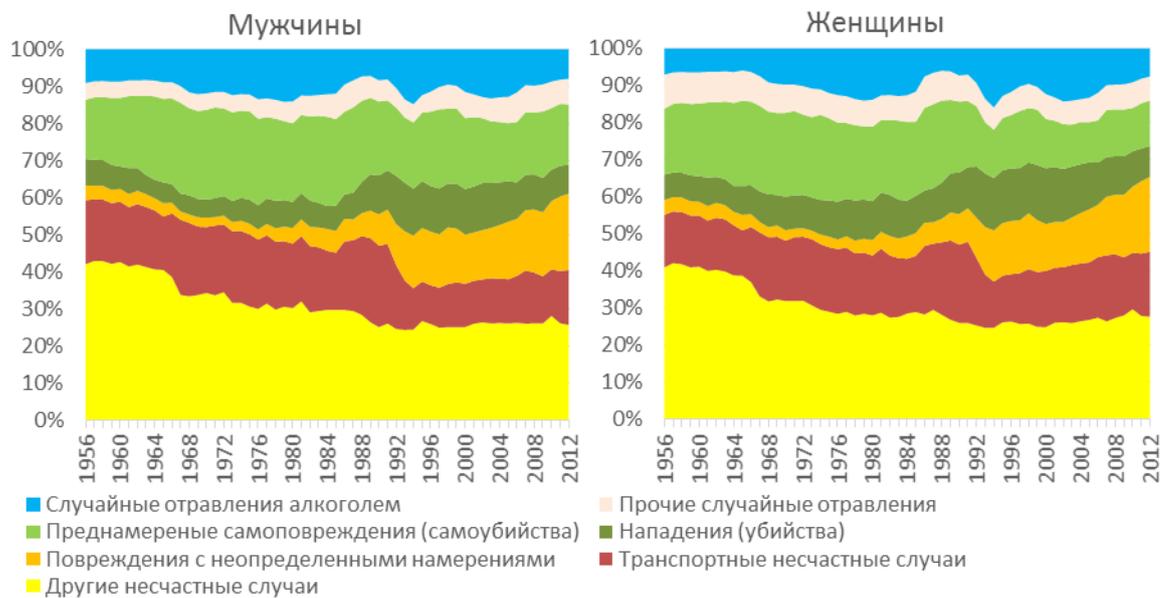


Рисунок 13. Структура внешних причин смерти в России, 1956-2012, %

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014].

У женщин наибольшее число смертей в 1956-2012 гг. приходилось на те же причины, что и у мужчин, но с некоторыми отличиями в ранжировании. На первом и втором местах, как и у мужчин, были самоповреждения (около 450 тыс. смертей за весь период) и транспортные несчастные случаи (около 426 тыс. смертей), на третьем месте были нападения (около 299 тыс. смертей), далее следовали случайные отравления алкоголем (около 286 тыс. смертей) и повреждения с неопределенными намерениями (около 252 тыс. смертей). В сумме у обоих полов эти пять причин за 1956-2012 гг. обусловили около 65% смертей от внешних причин (рисунок 13).

Структура внешних причин смерти не остается неизменной. В ее изменениях в целом за период с 1960 по 2012 г. и у мужчин, и у женщин прежде всего обращает внимание

³ В дальнейшем, для краткости, в рисунках и таблицах используются следующие обозначения основных групп внешних причин: Транспортные несчастные случаи, Преднамеренное самоповреждение (самоубийство), Нападение (убийство), Случайные отравления алкоголем, Прочие случайные отравления, Случайные отравления (включая отравления алкоголем); Повреждения с неопределенными намерениями.

устойчивый рост доли повреждений с неопределенными намерениями при заметном сокращении доли смертей от случайных утоплений и «других несчастных случаев», а у женщин также от самоубийств. Доли всех остальных причин если и менялись, то не особенно существенно, иногда в разных направлениях за периоды 1960-1990 и 1990-2012 гг. Так, доля смертей от нападений, самоповреждений, транспортных несчастных случаев между 1960 и 1990 гг. выросла, однако к 2012 г. сократилась, вследствие чего соотношение долей за последние шесть десятилетий не сильно изменилось. Например, с 1960 до 1990 г. у мужчин доля смертей от транспортных несчастных случаев увеличилась почти на 6 процентных пунктов, после чего к 2012 г. она сократилась более чем на 7 пунктов (с 22 до 15%), т.е. в итоге с 1960 по 2012 г. доля смертей от этой причины сократилась всего на 1,5 процентного пункта (таблица 1 и рисунок 14).

Таблица 1. Структура умерших от внешних причин смерти мужчин и женщин, 1960, 1990 и 2012

Причина смерти	Доля во всех смертях от внешних причин, %			Прирост (сокращение) доли, п. п.		
	1960	1990	2012	1960-1990	1990-2012	1960-2012
Мужчины						
Случайное отравление (воздействие) алкоголем	8,7	8,4	8,0	-0,4	-0,4	-0,8
Прочие случайные отравления ядовитыми веществами	4,4	5,8	6,9	1,4	1,1	2,5
Случайное падение	1,8	3,1	4,2	1,2	1,1	2,3
Случайное утопление	14,7	6,4	4,6	-8,3	-1,8	-10,1
Повреждения с неопределенными намерениями	3,5	8,4	20,6	4,9	12,2	17,1
Нападение (убийство)	6,1	10,5	7,8	4,5	-2,7	1,8
Преднамеренные самоповреждения (самоубийство)	18,5	19,9	16,3	1,4	-3,6	-2,2
Транспортные несчастные случаи (включая ДТП)	16,3	22,0	14,8	5,7	-7,2	-1,5
Другие несчастные случаи	26,0	15,6	16,9	-10,4	1,3	-9,1
Всего	100,0	100,0	100,0			
Женщины						
Случайное отравление (воздействие) алкоголем	6,4	7,2	7,5	0,8	0,3	1,1
Прочие случайные отравления ядовитыми веществами	8,4	7,0	6,4	-1,4	-0,6	-2,0
Случайное падение	2,2	6,1	5,6	3,9	-0,4	3,5
Случайное утопление	11,9	3,8	2,8	-8,2	-0,9	-9,1
Повреждения с неопределенными намерениями	3,7	8,2	20,2	4,5	12,0	16,5
Нападение (убийство)	6,9	11,2	8,4	4,3	-2,8	1,5
Преднамеренные самоповреждения (самоубийство)	19,6	19,2	12,2	-0,4	-6,9	-7,4
Транспортные несчастные случаи (включая ДТП)	13,8	21,1	17,5	7,3	-3,5	3,7
Другие несчастные случаи	27,2	16,3	19,3	-10,9	3,0	-7,9
Всего	100,0	100,0	100,0			

Источник: Рассчитано по [РосБриС 2014].

Примечание: Цветом выделены числа смертей, занимавшие, в порядке убывания, первое (красный), второе (зеленый) и третье (желтый) места.

Структура внешних причин смерти, сформировавшаяся к 2012 г., представлена на рисунке 14.



Рисунок 14. Распределение умерших от внешних причин смерти в России по группам причин, 2012, %

Источник: Рассчитано по [Росстат 2013].

К 2012 г. наблюдается положительная, по сравнению с 1990 г., тенденция снижения доли нападений (у обоих полов с 11 до 8%) и самоповреждений (у мужчин с 20 до 16%, у женщин с 19 до 12%). Однако снижение доли смертей от нападений и самоповреждений сопровождается ростом доли повреждений с неопределенными намерениями, куда с высокой вероятностью попадает значительная часть насильственных смертей, что требует их совместного рассмотрения: общая доля этих трех причин положительной динамики не показывает (с 1960 по 2012 г. она увеличилась с 28 до 45% у мужчин и с 30 до 41% у женщин).

При сопоставлении российской структуры стандартизованного коэффициента смертности от внешних причин и у мужчин, и у женщин прежде всего бросается в глаза высокая доля повреждений с неопределенными намерениями, хотя по совокупной доле трех причин (повреждения с неопределенными намерениями, убийства и самоубийства) Россия близка к таким странам, как Германия или Швеция, разумеется, при разных уровнях смертности от этих причин.

Если не учитывать «другие внешние причины», то первое ранговое место в западных странах занимают самоубийства, во всех представленных на рисунке 15 странах их доля и у мужчин, и у женщин выше, чем в России. Напротив, по доле погибших от убийств мужчин среди этих стран Россия уступает только США, а по доле убитых женщин – только Эстонии.



Рисунок 15. Структура стандартизованного коэффициента смертности от внешних причин в России, Германии, Эстонии, Польше, Чехии, Франции, Швеции и США на 100 тыс. населения соответствующего пола

Источник: Рассчитано по [РосБРУС 2014; WHO MDB 2014].

Во всех странах наибольший вклад в стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин вносит группа «другие внешние причины» (все причины, за исключением выделенных на рисунке 15), хотя в России этот вклад, как правило, меньше, чем в других странах.

Структура «других внешних причин» сильно различается от страны к стране. Например, в США необычно велика доля случайных отравлений, не связанных с алкоголем (вероятно, наркотических); в Германии, Польше и Швеции относительно большую роль играют случайные падения. Россия на общем фоне выделяется высокой долей умирающих от воздействия дыма, огня и пламени, а также от случайных утоплений (рисунок 16).

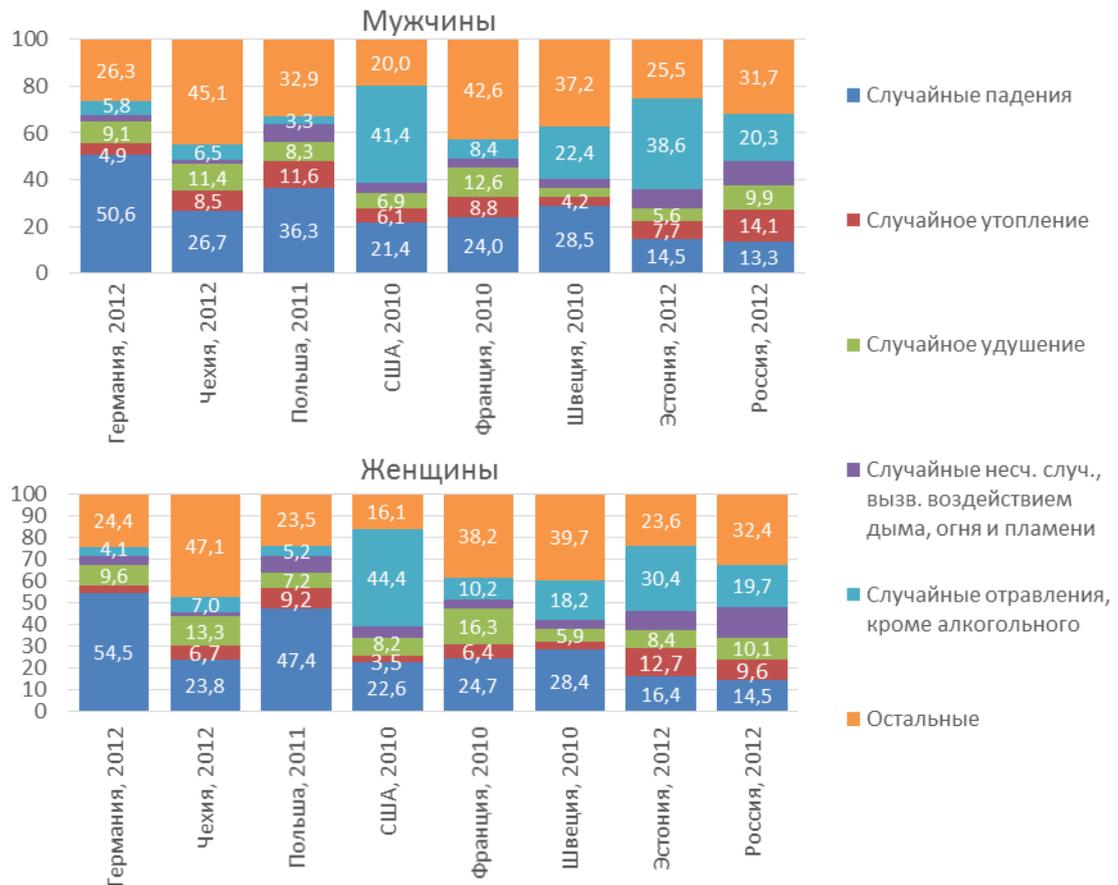


Рисунок 16. Структура стандартизованного коэффициента смертности от «других внешних причин» в России, Германии, Эстонии, Польше, Чехии, Франции, Швеции и США на 100 тыс. населения соответствующего пола

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014; WHO MDB 2014].

В заключение еще раз отметим, что независимо от наблюдающихся сходств или различий в структуре смертности от внешних причин в России и других развитых странах, они имеют лишь ограниченное значение, потому что всегда проявляются на фоне большого отставания России от этих стран по уровню смертности от внешних причин в целом и от большинства входящих в этот класс основных групп причин. Как не раз отмечалось, высокие показатели смертности практически от каждой из внешних причин смерти - свидетельство того, что россиянин слабо защищен от неосторожности, халатности или насилия [Вишневский, Школьников 1997]. Тем не менее не следует пренебрегать и структурными различиями, они нередко помогают понять глубинные причины российского отставания.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ ОСНОВНЫХ ВИДОВ ВНЕШНИХ ПРИЧИН СМЕРТИ

Выше мы видели, что смертность от внешних причин в целом обладает определенными возрастными особенностями, отличающими ее от смертности от других причин смерти. Возрастные особенности есть и у смертности от каждой причины или группы внешних причин. Корректное представление об этих особенностях дают так называемые табличные числа смертей d_{xi} (x - возраст, i - причина), соответствующие функции распределения смертей от каждой причины по возрасту из таблиц смертности по причинам смерти.

Использование этих чисел, не зависящих от возрастного состава населения, открывает возможности сравнительного анализа их распределений, характерных для России и других стран. В таблицах 2 и 3 представлены матрицы различий табличных чисел умирающих от различных видов внешних причин по возрастным группам до достижения 70-летнего возраста в России и, в среднем, в странах ЕС-15. Разность $(d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15})$ при ее положительном значении трактуется как избыточное число смертей в данном возрасте от данной причины.

Отличия особенно велики у мужчин: если бы в России, в условном поколении 2010 г., возрастные показатели смертности от соответствующих причин, были такими же, как в целом в странах ЕС-15, то из каждых 100 тыс. фактически зарегистрированных в России мужских смертей более 17 тыс. смертей от внешних причин в возрасте до 70 лет не произошли бы, а были бы отеснены за этот возрастной предел. Отличия нарастают с возрастом (до наступления 50 лет), наиболее велики они в возрастном интервале от 20 до 50 лет. Наибольший вклад в этот рост вносят самоубийства в возрасте от 20 до 45 лет, убийства - от 30 до 40 лет и особенно отравления и «другие внешние причины» во всех возрастах, начиная с 20 лет.

У женщин отличия также заметны, но они намного меньше: избыточное по сравнению со странами ЕС-15 число смертей от внешних причин в возрасте до 70 лет (около 4400 на 100 тыс. смертей) у них примерно в 4 раза меньше, чем у мужчин. Несколько по-иному выглядит и вклад различных возрастов и причин смерти. Отличия нарастают с возрастом до достижения 60 лет, становятся особенно заметными после 40 лет, наибольший вклад вносят отравления после 40 и «другие внешние причины» после 45 лет.

Таблицы, подобные таблицам 2 и 3, были рассчитаны и за другие годы. Они здесь не приводятся, но график на рисунке 17, построенный на основании последних строк таблиц за 1990, 2000 и 2010 гг., свидетельствует об устойчивости иерархии причин смерти, определяющих различия в смертности от внешних причин между Россией и западноевропейскими странами: на первом месте стоят «другие внешние причины», на втором – отравления (видимо, из-за высокой доли алкогольных отравлений), на третьем у мужчин – самоубийства, у женщин – убийства. Эта иерархия может рассматриваться как один из аргументов при определении приоритетов политики, направленной на снижение смертности от внешних причин.

Таблица 2. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) мужских смертей от внешних причин в возрасте до 70 лет в России по сравнению с ЕС-15, на 100 тыс. мужчин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 2010

Возраст, лет	Транспортные несчастные случаи	Преднамеренные самоповреждения (самоубийства)	Нападения (убийства)	Отравления (включая отравления алкоголем)	Повреждения с неопределенными намерениями	Другие внешние причины	Внешние причины - всего
0	3	0	9	2	11	71	97
1-4	17	0	6	26	11	95	154
5-9	41	2	6	11	7	93	160
10-14	35	28	10	7	13	78	171
15-19	92	147	85	83	86	192	685
20-24	224	321	214	288	219	337	1603
25-29	223	339	281	322	238	340	1744
30-34	210	321	304	299	236	382	1752
35-39	195	301	301	369	248	431	1845
40-44	181	304	290	443	279	493	1991
45-49	160	293	273	478	294	514	2013
50-54	128	255	232	423	288	481	1806
55-59	105	198	176	347	239	409	1474
60-64	80	115	113	247	169	270	994
65-70	39	101	61	129	86	118	534
Всего	1734	2726	2361	3476	2424	4303	17023

Число избыточных смертей:	300-500	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	---------	---------	--------	----------

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014; WHO MDB 2014].

Таблица 3. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) женских смертей от внешних причин в возрасте до 70 лет в России по сравнению с ЕС-15, на 100 тыс. женщин, умирающих во всех возрастах и от всех причин, 2010

Возраст, лет	Транспортные несчастные случаи	Преднамеренные самоповреждения (самоубийства)	Нападения (убийства)	Отравления (включая отравления алкоголем)	Повреждения с неопределенными намерениями	Другие внешние причины	Внешние причины - всего
0	2	0	11	3	9	58	83
1-4	14	0	6	19	8	62	109
5-9	20	0	5	8	5	35	72
10-14	19	7	9	3	5	26	70
15-19	56	32	38	31	24	35	216
20-24	58	30	60	51	39	47	285
25-29	57	34	72	45	40	53	300
30-34	48	32	78	56	45	61	320
35-39	53	28	75	82	51	73	362
40-44	49	28	80	106	58	87	408
45-49	49	27	82	132	66	109	466
50-54	53	27	78	145	75	126	504
55-59	51	23	74	157	75	128	506
60-64	45	23	56	106	56	94	380
65-70	49	31	46	76	40	69	312
Всего	622	322	772	1020	596	1061	4393

Число избыточных смертей:	100-300	50-100	Менее 50
---------------------------	---------	--------	----------

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014; WHO MDB 2014].

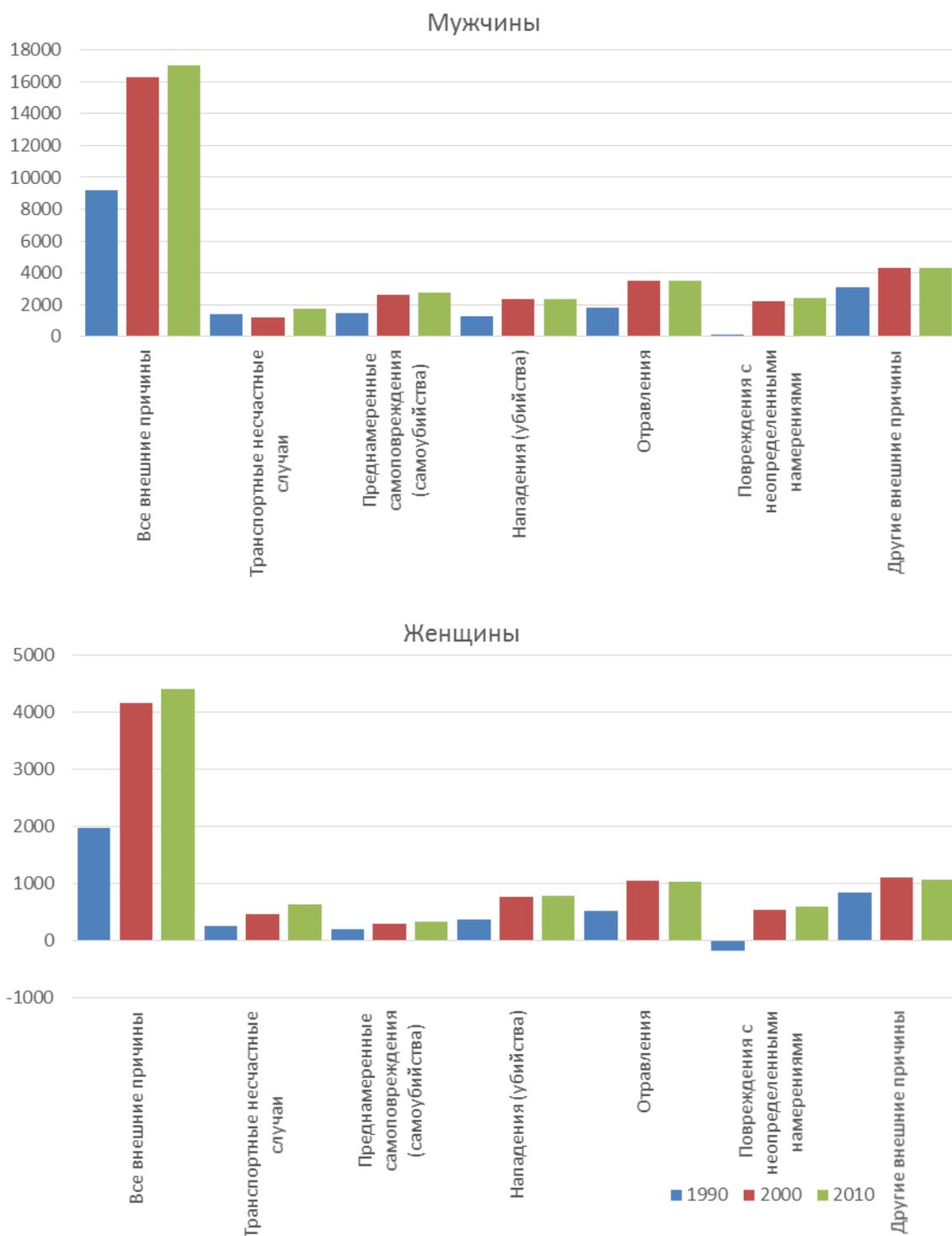


Рисунок 17. Избыточные табличные числа ($d_{xi}^R - d_{xi}^{EU-15}$) смертей от внешних причин в возрасте до 70 лет в России по сравнению с ЕС-15, 1990, 2000 и 2010

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014; WHO MDB 2014].

СМЕРТНОСТЬ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН И ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Внешние причины – один из двух главных классов причин смерти, определяющих отставание России от большинства развитых стран по ожидаемой продолжительности жизни.

Долговременная динамика этого показателя в России имеет волнообразный характер. Период 1956-1964 гг. характеризовался ростом ожидаемой продолжительности жизни, далее к 1984 г. показатель снизился на 3,6 года у мужчин и на 0,8 года у женщин. С 1985 г., в период проведения антиалкогольной кампании, всего за 3-4 года у мужчин были практически восстановлены все прежние потери ожидаемой продолжительности жизни с 1964 г.: у мужчин ее прирост составил 3,3 года, у женщин - 1,6 года. Демографический успех антиалкогольной кампании оказался недолгим, и уже после ее отмены снижение показателя возобновилось. Всего за 6 лет (к 1994 г.) произошел небывалый обвал показателя: ожидаемая продолжительность жизни «потеряла» более 7,5 года у мужчин и более 3,5 года у женщин. В 1994-1998 гг. показатель снова вырос на 3,8 года у мужчин и на 2,1 года у женщин, что позволило «отыграть» только половину последнего снижения. Кризис 1998 г. привел к новому сокращению показателя за 1999-2003 гг. на 2,7 и 1,3 года у мужчин и женщин соответственно. Наконец, с 2004 по 2012 г. наблюдался рост показателя на 6,1 года у мужчин и 4,2 года у женщин. В 2012 г. ожидаемая продолжительность жизни составила 64,6 года у мужчин и 76 лет у женщин. Эти значения были всего на 2,7 и 5,4 года выше, чем зафиксированные в 1956 г., и примерно соответствовали уровню середины 1960-х годов у мужчин и лишь немного превосходили этот уровень у женщин (рисунок 18).



Рисунок 18. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в России, 1956-2012, лет

Источник: Рассчитано по [Росстат 2013].

Иными словами, если рассматривать длительный период с 1956 по 2012 г., то, несмотря на все колебания, иногда довольно резкие, можно говорить о более чем

полувековой стагнации ожидаемой продолжительности жизни в России. Как на протяжении всего этого времени влияли на уровень и динамику продолжительности жизни изменения смертности от внешних причин смерти?

Как следует из рисунка 19, и в периоды роста, и в периоды снижения продолжительности жизни в России на протяжении всего временного интервала с 1956 по 2012 г. их вклад в колебания продолжительности был весьма заметным, особенно у мужчин.

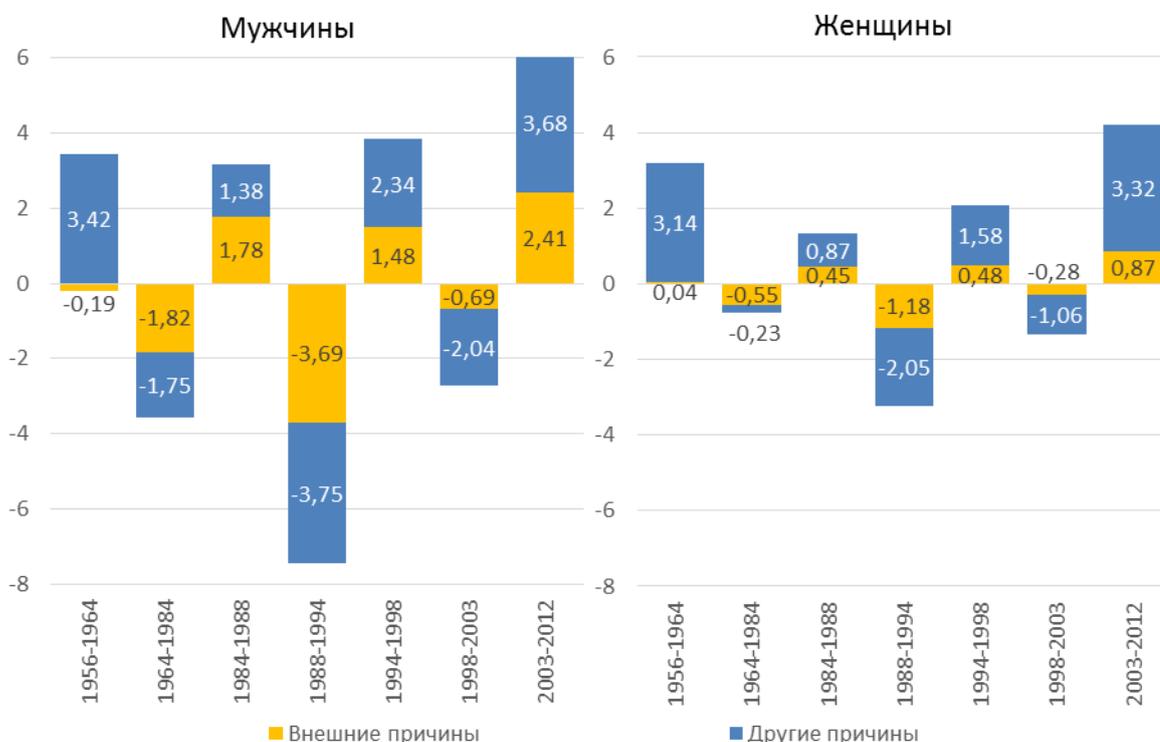


Рисунок 19. Вклад изменений смертности от внешних причин в изменения ожидаемой продолжительности жизни при рождении в периоды ее роста и падения в России с 1956 г. (лет)

Источник: Рассчитано по [РосБРС 2014].

И на этапах роста, и на этапах снижения ожидаемой продолжительности жизни этот вклад сильно зависел от возраста. В младших и старших возрастных группах он был относительно небольшим, причем в младших возрастах чаще положительным. Решающее же влияние на подъемы и спады продолжительности жизни оказывали изменения смертности от внешних причин в средних возрастах – от 15 до 64 лет (рисунок 20). Благодаря тому, что на участках роста и падения это влияние было почти симметричным, в конечном счете, изменения смертности от внешних причин за 57 лет не слишком повлияли на итоговые изменения ожидаемой продолжительности жизни, хотя все же обусловили ее сокращение почти на 1 год у мужчин.

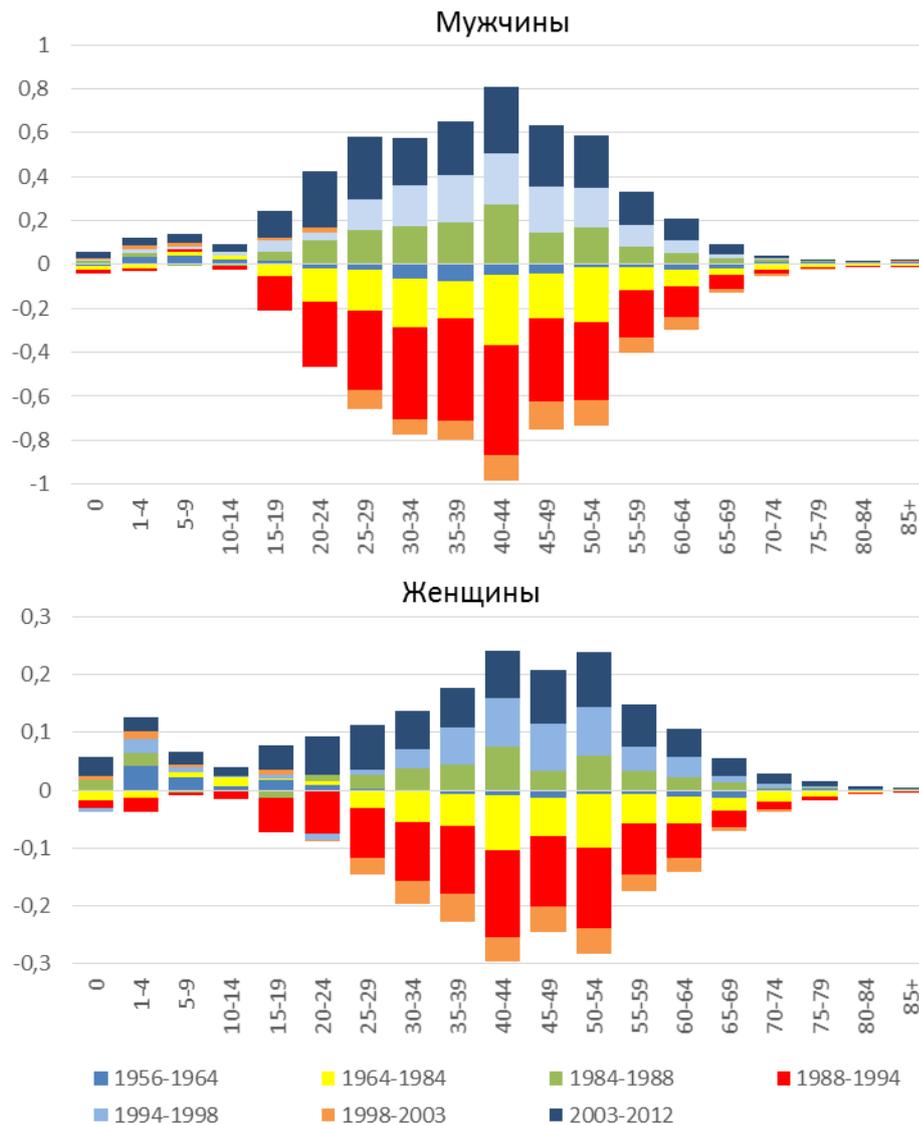


Рисунок 20. Вклад изменений смертности от внешних причин в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин по возрастным группам. Россия, 1956-2012, лет

Источник: Рассчитано по [РосБРУС 2014].

Таким образом, наибольший интерес представляет анализ вклада в динамику ожидаемой продолжительности жизни изменений смертности от внешних причин смерти в возрасте 15-64 года. Если принять за точку отсчета ожидаемую продолжительность жизни при рождении в России в 1956 г. (тогда достаточно низкую: 62 года у мужчин и 70 лет у женщин), то прирост или сокращение этого показателя за счет изменений смертности от каждого класса причин в возрастах от 15 до 65 лет позволяет судить, какие классы причин смерти были наиболее важны с точки зрения формирования ожидаемой продолжительности жизни россиян и ее динамики на протяжении всего рассматриваемого периода.

Как следует из рисунка 21, на всем протяжении этого периода положительный вклад в изменение продолжительности жизни и мужчин, и женщин вносило снижение смертности

от инфекционных заболеваний, хотя величина этого вклада в разные периоды могла быть различной.

У женщин устойчиво позитивный вклад в наращивание отрыва от уровня 1956 г. внесло изменение смертности от других болезней и от новообразований. У мужчин влияние этих двух классов причин было менее выраженным и непоследовательным. Начиная с 1990-х годов аномальным представляется негативный вклад в ожидаемую продолжительность жизни роста смертности взрослого населения от болезней органов пищеварения.

Но более всего бросается в глаза неблагоприятное влияние на динамику ожидаемой продолжительности жизни (при наличии резких колебаний) изменений смертности от болезней системы кровообращения и особенно от внешних причин.

Уже к концу 1970-х гг. снижение ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с 1956 г. из-за возросшей смертности от внешних причин в возрасте 15-64 года составило 2,3 года у мужчин и 0,5 года у женщин. К 1994 г. это снижение достигло максимальных значений: 4,1 года у мужчин и 1,2 года у женщин. На графике колебания кривых, относящихся к болезням системы кровообращения, во многом повторяют колебания кривых для внешних причин, но все же потери от этих болезней меньше. С середины 1980-х годов обе линии уже в третий раз движутся в направлении положительной полуплоскости, но пока хотя бы ненадолго перейти на нее удавалось только болезням системы кровообращения и только у женщин (в 1986-1991 гг., а также с 2011 г.). Кривая же, соответствующая накопленному вкладу в изменение продолжительности жизни изменений в смертности от внешних причин, остается единственной, никогда не выходящей из отрицательной полуплоскости. К 2012 г. высокая смертность от внешних причин в возрастах 15-64 года, все еще не вернувшаяся к уровню 1956 г., обуславливала потери ожидаемой продолжительности жизни по сравнению с этим исходным годом примерно на 1,2 года у мужчин и на 0,4 года у женщин.

В целом за 1956-2012 гг. существенный отрицательный вклад в изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении у мужчин (-2,6 года) внес рост смертности в возрасте 15-64 года от болезней системы кровообращения (48% этого вклада или -1,2 года), внешних причин (38% или -1 год) и болезней системы пищеварения (15% или -0,4 года). Вклад изменений смертности от других классов причин в этой возрастной группе был положительным, но меньшим по величине (1,1 года), поэтому в сумме вклад всех изменений оказался отрицательным (-1,5 года; рисунок 22). У женщин в возрасте 15-64 года отрицательный вклад (-0,7 года) также внесли внешние причины (54% или -0,4 года) и болезни органов пищеварения (46% или -0,3 года), однако положительный вклад других причин оказался вдвое большим, отчего в данной возрастной группе наблюдается прирост ожидаемой продолжительности жизни к 2012 г. на 0,7 года по сравнению с уровнем 1956 г.

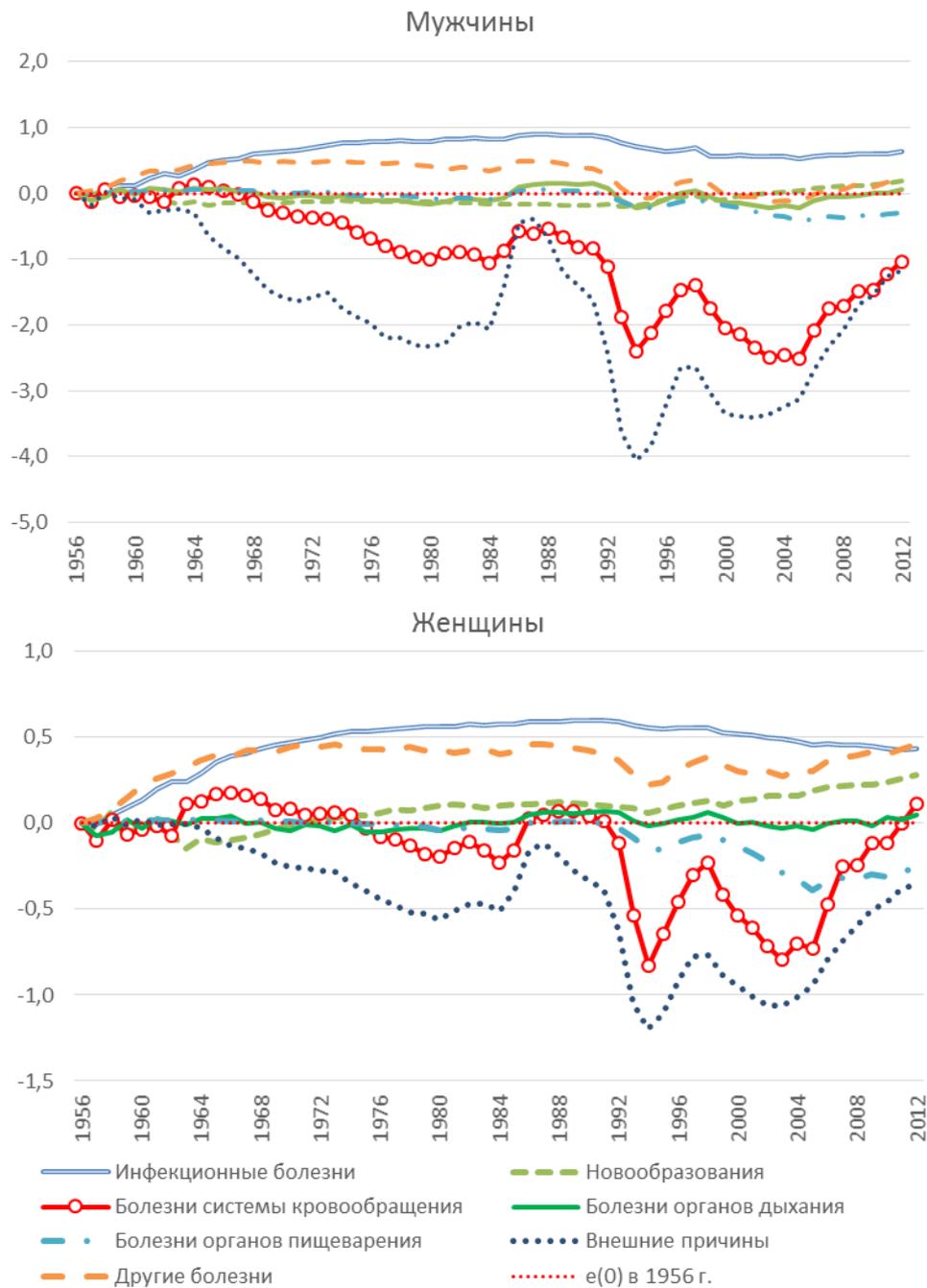


Рисунок 21. Прирост или убыль ожидаемой продолжительности жизни в России после 1956 г. за счет изменений смертности от основных классов причин в возрастах 15-64 года, лет

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014].

Конечно, ожидаемая продолжительность жизни и мужчин, и женщин сейчас выше, чем была в 1956 г., но в решающей степени, особенно у мужчин, - лишь благодаря компенсирующей роли снижения смертности в детских возрастах. В возрастах до 15 лет у обоих полов в 1956-2012 гг. смертность снижалась от всех крупных классов причин смерти, в том числе и от внешних (у мужчин вклад снижения смертности от внешних причин

составил 0,3 года от общего прироста в 4,2 года или 8%, у женщин – 0,2 года от прироста в 4,1 года или 5%).

Рост продолжительности жизни пожилых людей - 65 лет и старше – отмечается только у женщин, и он невелик. Снижения смертности от внешних причин все еще недостаточно, чтобы внести в этот рост хоть какой-то позитивный вклад.

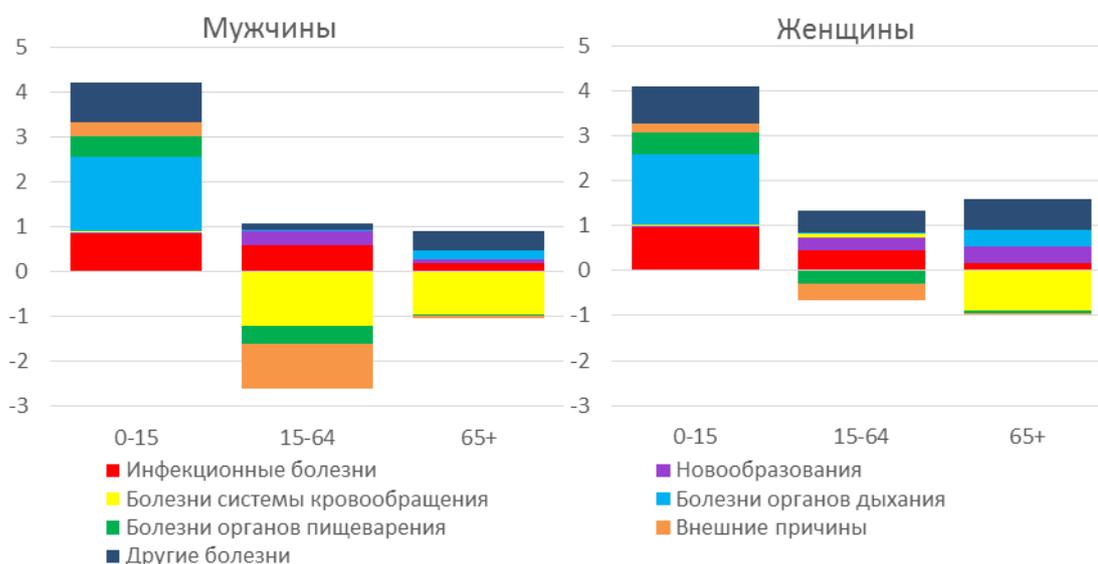


Рисунок 22. Декомпозиция изменений ожидаемой продолжительности жизни в России вследствие изменений смертности по крупным возрастным группам и причинам смерти, 1956-2012, лет

Источник: Рассчитано по [РосБРиС 2014].

Таким образом, повышение смертности от внешних причин смерти в возрасте 15-64 года и у мужчин, и у женщин оказало весьма значительное негативное влияние на изменения ожидаемой продолжительности жизни за длительный период, причем у мужчин этой возрастной группы оно было почти сопоставимо с негативным влиянием подъемов смертности от болезней системы кровообращения, а у женщин конкурировало с влиянием роста смертности от болезней органов пищеварения, в то время как изменения смертности от болезней системы кровообращения в целом за весь период внесли некоторый позитивный вклад в изменения продолжительности жизни женщин.

В 2012 г. в России продолжительность жизни для обоих полов вместе наконец превысила 70 лет, однако продолжительность жизни мужчин при рождении и, особенно, в возрасте 15 лет все еще была ниже, чем в середине 1960-х годов или в годы антиалкогольной кампании. Продолжительность предстоящей жизни пятнадцатилетних женщин превысила максимум 1960-1988 гг. только на 0,5 года. Таким образом, в последнее десятилетие происходит не столько рост ожидаемой продолжительности жизни, сколько возврат к ранее достигнутым уровням. Отставание от развитых стран сохраняется, а учитывая долговременный колебательный характер изменений смертности от внешних причин и ожидаемой продолжительности жизни, пока трудно сказать, насколько устойчивой окажется положительная динамика показателей, которую мы наблюдаем.

ЛИТЕРАТУРА

- Богоявленский Д.Д. (2001) Смертность от внешних причин в России // Демоскоп Weekly. № 29-30. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/029/tema01.php> (дата обращения: 28.10.2014).
- Вишневский А., В. Школьников (1997). Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. Научные доклады Московского Центра Карнеги. Вып.19: 83.
- ВОЗ (2006). Травматизм и насилие в Европе. В чем важность этой проблемы и что можно сделать. Резюме. ВОЗ: 26. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98405/E87321R.pdf (дата обращения 09.10.2014).
- Демографическая модернизация России, 1900-2000 (2006) / Под ред. Вишневого А.Г. М.: Новое издательство.
- Милле Ф., В.М. Школьников, В. Эртриш, Ж.Валлен (1996). Современные тенденции смертности по причинам смерти в России, 1965-1994. INED, Paris. URL: <http://demoscope.ru/weekly/knigi/shkol/shkol.html> (дата обращения: 28.10.2014).
- Российская база данных по рождаемости и смертности (РосБРИС). Центр демографических исследований Российской экономической школы (2014). URL: http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data_description (дата обращения 09.10.2014).
- Росстат (2013). Демографический ежегодник России, 2013. Стат. сб. М.: Росстат. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B13_16/Main.htm (дата обращения: 15.10.2014).
- Eurostat Database (Eurostat) (2014) URL: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlifetable&lang=en (дата обращения: 09.10.2014).
- Meslé F., J. Vallin, V. Hertrich, E. Andreev, V. Shkolnikov (2003). Causes of death in Russia: assessing trends since the 1950s // European Population Conference «Population of Central and Eastern Europe. Challenges and Opportunities» / Irena E. Kotowska and Janina Józwiak, eds. Statistical Publishing Establishment. Warsaw: 389-414. URL: <http://demoscope.ru/weekly/knigi/epc.php> (дата обращения 09.10.2014).
- National Center for Health Statistics of USA (NCHS) (2014). Injury and Violence Prevention and Control. URL: www.cdc.gov/injury (дата обращения: 09.10.2014).
- World Health Organization European Detailed Mortality Database (WHO DMDB) (2014). URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmdb2> (дата обращения: 09.10.2014) .
- World Health Organization European Health for all database (WHO HFA-DB) (2014). URL:<http://data.euro.who.int/hfad/> (дата обращения: 09.10.2014).
- World Health Organization Mortality DataBase (WHO MDB) (2014). URL: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/index.html (дата обращения: 09.10.2014).

MORTALITY FROM EXTERNAL CAUSES OF DEATH IN RUSSIA OVER THE PAST HALF-CENTURY *

EKATERINA KVASHA, TATIANA KHARKOVA, VALERY YUMAGUZIN

EKATERINA KVASHA. INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY «HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS». E-MAIL: ekvasha@hse.ru.

TATIANA KHARKOVA. INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY «HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS». E-MAIL: tkharkova@hse.ru.

VALERY YUMAGUZIN. INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY «HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS». E-MAIL: vyumaguzin@hse.ru.

DATE RECEIVED : OCTOBER 2014.

The article discusses the long-term dynamics (since 1956) of mortality from external causes of death in Russia. Russia has long lagged behind developed countries in terms of the level of mortality from external causes of death, which continues to remain high, as does the structure of such mortality, whose archaism is reflected in the large contribution of homicides, alcohol poisoning and injuries of undetermined intent.

On the basis of life tables, a calculation is made of excess deaths (d_x) in Russia compared with Western European countries. It is shown that in Russia the greatest excess losses are associated with mortality from poisonings among both sexes, suicide among men and murder among women.

Mortality from external causes, along with mortality from diseases of the circulatory system, has had a significant impact on life expectancy. In general, in the period 1956-2012, the increase in mortality from external causes in the 15-64 age group reduced life expectancy for males by 2.6 years and women by 0.7 years.

The decline, starting in 2003, of mortality from external causes of death has slightly reduced the gap between Russia and developed countries, bringing Russia closer to the levels of mortality reached in the mid-1960s and 1980s. However, given the fluctuations of mortality from external causes, it is premature to say whether the current decline in mortality is a stable trend.

Key words: mortality in Russia, external causes of death, excess mortality, life expectancy.

* THIS STUDY WAS CARRIED OUT WITHIN «THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS ACADEMIC FUND» PROGRAM, RESEARCH GRANT № 05-0029 «EXTERNAL CAUSES OF DEATH IN THE SYSTEM OF PRIORITIES IN THE FIGHT FOR THE LIFE EXPECTANCY INCREASE IN RUSSIA».

REFERENCES

- Bogoyavlensky D. (2001). Smertnost' ot vneshnih prichin v Rossii [Mortality from external causes in Russia] // Demoscope Weekly. № 29-30. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/029/tema01.php> (data accessed: 28.10.14).
- Demograficheskaja modernizacija Rossii [Demographic modernization of Russia], 1900-2000 (2006) / A.G. Vishnevskiy, ed. Moskva.: Novoe izdatel'stvo.
- Eurostat Database (Eurostat) (2014) URL: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlifetable&lang=en (data accessed: 09.10.2014).

- Meslé F., J. Vallin, V. Hertrich, E. Andreev, V. Shkolnikov (2003). Causes of death in Russia: assessing trends since the 1950s // European Population Conference «Population of Central and Eastern Europe. Challenges and Opportunities» / Irena E. Kotowska and Janina Józwiak, eds. Statistical Publishing Establishment. Warsaw: 389-414. URL: <http://demoscope.ru/weekly/knigi/epc.php> (data accessed: 09.10.2014).
- National Center for Health Statistics of USA (NCHS) (2015). Injury and Violence Prevention and Control. URL: <http://www.cdc.gov/injury> (data accessed: 09.10.2014).
- Rossijskaja baza dannyh po rozhdaemosti i smertnosti (RosBRiS). Centr demograficheskikh issledovanij Rossijskoj ekonomicheskoj shkoly [Russian database on fertility and mortality. Center for demographic research of the New Economic School] (2014) URL: http://www.demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data_description (data accessed: 09.10.2014).
- Rosstat (2013). Demograficheskij ezhegodnik Rossii, 2013 [Demographic Yearbook of Russia, 2013]. Statisticheskij sbornik [Statistical issue]. Moskva: Rosstat. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B13_16/Main.htm (data accessed: 15.10.2014).
- Vishnevsky A., V. Shkolnikov (1997). Smertnost' v Rossii: glavnyye gruppy riska i priority deystviya [Mortality in Russia: main risk groups and priorities of action]. Nauchnyye doklady Moskovskogo Tsentra Karnegi [Scientific reports of the Carnegie Moscow Center]. Vyp.19: 83.
- WHO (2006). Travmatizm i nasilie v Evrope. V chem vazhnost' etoj problemy i chto možno sdelat'. Rezjume [Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done. Summary] (2006).WHO: 26. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98405/E87321R.pdf (data accessed 09.10.2014).
- World Health Organization European Detailed Mortality Database (WHO DMDB) (2014). URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmdb2> (дата обращения: 09.10.2014).
- World Health Organization European Health for all database (WHO HFA-DB) (2014). URL:<http://data.euro.who.int/hfadb/> (дата обращения: 09.10.2014).
- World Health Organization Mortality DataBase (WHO MDB) (2014). URL: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/index.html (дата обращения: 09.10.2014).

ЭТНИЧЕСКИ СМЕШАННЫЕ СУПРУЖЕСКИЕ ПАРЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ*

ЕВГЕНИЙ СОРОКО

Работа посвящена анализу этнически смешанных супружеских пар в России. В отличие от работ по этнической структуре населения, в которых анализируются перечень народов и народностей России, их численность и факторы динамики, в данной работе основной акцент делается на тех видах демографического поведения, в основном матримонильного, результаты которых можно условно отнести к процессам, происходящим на этнических границах. В качестве основного источника используется принципиально новый тип данных, которые стали доступны недавно в результате размещения в открытом доступе Федеральной службой государственной статистики микроданных Всероссийских переписей населения 2002 и 2010 гг. Эта информация снабжена инструментом получения по запросу пользователя демографических таблиц, включающих признаки лиц, семей и домохозяйств, имеющиеся в материалах переписи. Приведены результаты исследования распространенности этнически смешанных семей в России для 27 национальностей в зависимости от пола, образования, места рождения, а также анализа изменений, произошедших между последними переписями населения.

Ключевые слова: этнос, национальность, супружеская пара, этническая структура населения, этнически смешанный брак, ассимиляция, перепись населения.

ВВЕДЕНИЕ

Россия – многонациональная страна, представители различных этносов, из которых состоит население России и число которых приближается к двум сотням, постоянно взаимодействуют между собой. Это взаимодействие уходит корнями и в давнее, и в недалекое прошлое, в частности, во многом определяется связями и отношениями, существовавшими совсем недавно на более обширной территории, входившей в состав СССР.

И в научной среде, и в обществе в целом существует устойчивый интерес к изучению этнической структуры населения. Ее систематически изучает Институт этнологии и этнографии РАН, в частности, на основе переписей населения (см., напр., [Этнокультурный... 2007]). В ежегодном демографическом докладе «Население России 2010-2011» [Население... 2013] этнической структуре посвящена отдельная глава. Ее автором Д.Д. Богоявленским было подготовлено также несколько публикаций в электронном журнале «Демоскоп Weekly», напр., [Богоявленский 2012]. Широкий интерес к информации по различным аспектам этнических процессов в России и других странах, в том числе в историческом плане, можно проиллюстрировать постоянной исключительно высокой посещаемостью тех страниц еженедельника «Демоскоп Weekly», где содержится такая информация [Посещаемость... 2014].

Евгений Львович Сороко, Институт демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Россия.
E-mail: esoroko@hse.ru

Статья поступила в редакцию в октябре 2014 г.

* В статье использованы результаты исследований, выполнявшихся в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2012-2014 гг.

Одним из сложных социальных процессов, который участвует в формировании этнической структуры и является компонентой межэтнического взаимодействия, влияющей на сокращение или, напротив, увеличение межэтнических дистанций в пределах одной страны, служит образование межэтнических браков.

Такие браки были довольно широко распространены в СССР, хотя этот феномен не следует все же переоценивать (таблица 1).

Таблица 1. Доля этнически смешанных семей в числе всех семей по союзным республикам СССР, %

Союзная республика*	Год переписи		
	1959	1979	1989
СССР	10,2	14,9	17,5
Латвийская ССР	15,8	24,2	27,5
Украинская ССР	15,0	21,9	25,3
Казахская ССР	14,4	21,5	23,9
Молдавская ССР	13,5	21,0	24,6
Киргизская ССР	12,3	15,5	16,5
Белорусская ССР	11,0	20,1	24,6
Эстонская ССР	10,0	15,8	17,3
Таджикская ССР	9,4	13,0	14,8
Грузинская ССР	9,0	10,4	12,2
Туркменская ССР	8,5	12,3	13,3
РСФСР	8,3	12,0	14,7
Узбекская ССР	8,2	10,5	12,7
Азербайджанская ССР	7,1	7,6	7,9
Литовская ССР	5,9	11,3	12,8
Армянская ССР	3,2	4,0	3,8

Примечание: * - Республики расположены в нисходящем порядке по доле смешанных семей в 1959 г.

Источники: 1959, 1979 - [Волков 2014: 406]; 1989 - [Итоги... 1991-1993: Таблица 8], расчеты автора.

Несмотря на давний интерес к изучению этнически смешанных браков в России, а ранее в СССР, продвижение на этом направлении было не особенно заметным. Число посвященных этой теме работ невелико [Алексахина 1998, Верещагина 2003, Волжанина 2007], обычно они были ограничены географически или этнически, а получение результатов в масштабах страны по материалам переписей было связано с огромными затратами времени и сил.

В свое время автор длительное время работал совместно с А.Г. Волковым, который неоднократно обращался к тематике этнически смешанных браков [Волков 2014]. В частности, под руководством и по поручению А.Г. Волкова были выполнены соответствующие расчеты, в основном на базе данных микропереписи населения России 1994 г. К сожалению, эти работы не были завершены, однако некоторые их результаты впоследствии докладывались на конференциях, например, на Европейской конференции по народонаселению ЕРС-2010 в Вене [Soroko 2010].

В целом вопрос о межэтнических браках в России остается мало исследованным, а продолжение работ в этом направлении представляется весьма актуальным. В пользу дальнейших исследований говорит и то, что в последнее время стали доступны новые источники и возможности анализа. Они появились, когда на сайте Росстата была открыта для публичного доступа база индивидуальных микроданных переписи населения 2010 г.

Эта база данных снабжена инструментом, дающим возможность построения произвольной таблицы по признакам, полученным при переписи. Вариант доступа к переписи населения 2002 г. не содержал возможностей комбинирования значений признаков различных лиц в одном домохозяйстве, следовательно, принципиальная возможность формирования и анализа этнически смешанных семей в данной системе отсутствовала. Этот недостаток был отмечен при обсуждении в Центральном Доме ученых РАН на заседании Секции статистики, посвященной переписи населения [Микроданные... 2013].

При размещении данных переписи населения 2010 г. указанный недостаток был устранен путем введения в перечень признаков семейной ячейки отдельно признаков мужа и жены, что позволило в текущей версии системы формировать различные комбинации признаков супругов, в том числе и по этническому составу супружеской пары [Soroko, Voronin 2014].

Новые информационные возможности позволили выполнить более глубокий анализ распространенности смешанных браков среди различных этнических групп, выявить ее различия по полу, возрасту, уровню образования, месту и времени проживания в России. Некоторые результаты этого анализа представлены в настоящей статье. В ней также предпринята попытка оценить существующие межэтнические дистанции, их проявление в процессе формирования межэтнических браков.

Анализ ведется раздельно для представителей двух групп этносов, которые не покрывают всего этнического разнообразия населения России, но охватывают достаточно значимую его часть.

С одной стороны, выделены 16 этносов, в число которых входят 14 титульных народов республик бывшего СССР (кроме РСФСР), а также евреи и немцы, продолжительное время проживающие на его территории (группа А). Эти народы (кроме евреев) не имеют своих территориально-национальных образований в пределах Российской Федерации.

С другой стороны, отобраны 11 народов, имеющие свои республики в составе Российской Федерации (группа Б). При отборе этих 11 этносов для анализа мы стремились отразить широкую географию России, включив в их число представителей не менее 2-3 народов Севера, Поволжья и Северного Кавказа. Приходилось учитывать и некоторые ограничения нашего метода анализа, который делает затруднительными расчеты в случае «двухнациональных» республик (например, Карачаево-Черкесии), народы которых не были по этой причине включены в список рассматриваемых этносов.

Вкратце схема расчета основных показателей состояла в следующем. С использованием результатов серии запросов к системе SuperWeb для каждой национальности были получены общее число супружеских пар, в которые входят лица данной национальности, и число мононациональных супружеских пар (подробнее описание примера запроса приведено в Приложении 1). Число смешанных супружеских пар получено как разность этих двух чисел, а доля этнически смешанных пар - делением их числа на общее число супружеских пар; доля выражена в процентах (Приложение 2).

ЭТНИЧЕСКИ СМЕШАННЫЕ СУПРУЖЕСКИЕ ПАРЫ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ 16 НАРОДОВ БЫВШЕГО СССР (ГРУППА А)

Рассмотрим вначале, какова, по данным двух последних переписей населения, распространенность этнически смешанных супружеских пар среди 16 взятых для анализа народов бывшего СССР.

Мгновенный срез этнически смешанных брачных пар на момент переписи отражает кумулятивный результат матримониального поведения в предшествующий период, но не только его. Существенное влияние на сложившийся состав смешанных пар оказывает этническая дифференциация смертности и миграции. Наиболее существенными представляются различия в миграционной подвижности этнически однородных и этнически смешанных семей. Так, видимо, не может вызывать сомнения, что шансы миграции из Киргизии в Россию супружеской пары киргиза с русской женой существенно выше миграции пары, в которой муж и жена киргизы. И наоборот, шансы переехать из России в Киргизию супружеской пары киргизов намного выше, чем киргизско-русской пары. Подобная этническая дифференциация миграции также оказывает определенное влияние на формирование состава смешанных семей и их общее число.

Как следует из рисунка 1, независимо от того, рассматриваются ли супружеские пары по этнической принадлежности мужа или жены, для разных этносов доля лиц, состоящих в этнически смешанных браках, существенно различается (почти в 5 раз). Достаточно неожиданным воспринимается лидерство в этом рейтинге прибалтийских народов (а не, скажем, белорусов или украинцев). Сильные различия наблюдаются также между этносами Средней Азии, например, между таджиками и киргизами (почти в 3 раза).

Склонность к образованию смешанных семей во всех этнических группах женщин меньше, чем у мужчин, у азербайджанок, например, отличие трехкратное. В то же время в группе с максимальной распространенностью этнически смешанных семей (украинцы, белорусы, немцы, эстонцы, литовцы и латыши) отличия женщин от мужчин невелики и не превышают 5 п.п. Рейтинги этносов по склонности к вступлению в смешанные браки у мужчин и женщин различаются незначительно, более того, в 2010 г. они совпадают для девяти этносов с максимальной их распространенностью.

Наибольшие различия доли этнически смешанных браков у женщин, по сравнению с мужчинами, характерны для кавказских этносов (азербайджанки и армянки занимают 1-е и 2-е места по этому соотношению) и пяти мусульманских народов, занимающих с 3-го по 7-е места.

За восьмилетний межпереписной период наиболее существенные изменения в доле состоящих в смешанных браках мужчин произошли у киргизов, таджиков и узбеков: она заметно сократилась, что может быть объяснено значительным увеличением числа полных моноэтнических семей, прибывших в качестве трудовых мигрантов из соответствующих стран, по сравнению с их числом в предшествующий период. Так, если общее число киргизских супружеских пар за 8 лет выросло в 2,6 раза, то моноэтнических пар – в 3,7 раза.

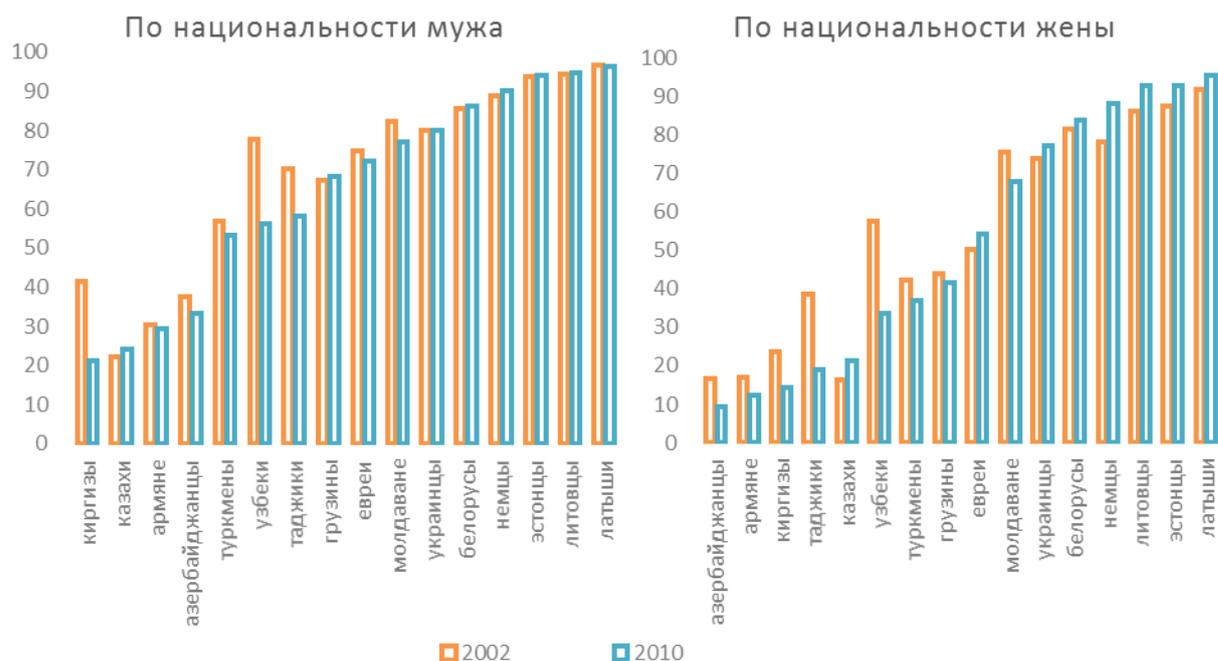


Рисунок 1. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности мужа и жены, Россия, 2002 и 2010, некоторые народы бывшего СССР (группа А), %

Примечание: Национальности ранжированы в порядке возрастания доли этнически смешанных супружеских пар в 2010 г.

Доля состоящих в смешанных парах женщин в целом для всех 16 этносов заметно (на 17 п.п.) снизилась, но у разных этносов изменения были разными: у 8 из них эта доля возросла, у 8 – снизилась. Наибольшее снижение (более 7 п.п.) наблюдается у узбечек, таджичек, молдаванок и азербайджанок. Особенно большим (на 24 п.п.) снижение было у узбечек, что, по всей вероятности, объясняется существенным ростом миграции, в том числе моноэтнических супружеских пар, из Узбекистана. В течение рассматриваемого периода число моноэтнических узбекских пар увеличилось в 3,4 раза, а смешанных супружеских пар выросло лишь на 21%, что и послужило причиной снижения их доли во всех семьях с женой-узбечкой.

Для других этносов, затронутых миграцией в значительно меньшей степени, за указанный период произошло увеличение доли женщин, состоящих в смешанных браках, в том числе у немцев, эстонцев и литовцев на 5 п.п. и более.

Влияет ли на формирование смешанных семей уровень образования?

Известно, что важным дифференцирующим признаком для многих демографических процессов, например смертности или рождаемости, служит уровень образования. Оказывает ли он влияние также и на распространенность этнически смешанных браков? В частности, можно ли говорить о каких-то существенных отличиях доли смешанных супружеских пар в случаях, когда один из супругов в такой семье имеет высшее образование?

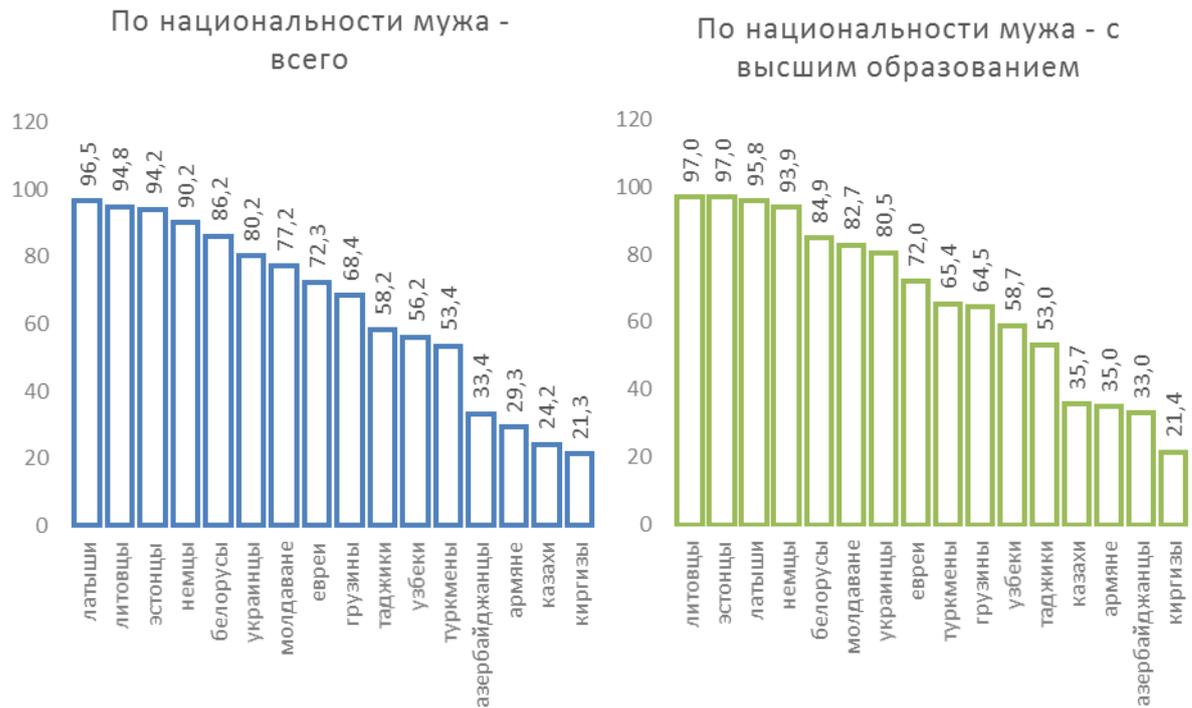


Рисунок 2. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности мужа – всего и с высшим образованием, Россия, 2010, некоторые народы бывшего СССР (группа А), %

Сначала рассмотрим влияние этого фактора на матримониальное поведение мужчин. Приведенные на рисунке 2 результаты вызывают некоторое разочарование, поскольку влияние наличия высшего образования оказалось невысоким: в среднем по приведенным этносам доля состоящих в смешанных браках мужчин оказалась выше показателей для всего населения всего на 2 п.п. При этом лишь у двух этносов (казахи и туркмены) эта доля выше на величину более 10 п.п., а у шести (азербайджанцы, таджики, грузины, евреи, белорусы и латыши) оказалась даже ниже, чем у всего населения. Полученные результаты несколько противоречат привычным представлениям о возможном влиянии высшего образования на брачную структуру населения, в том числе и на смешанные браки. Такие представления основываются на предположении о двух основных факторах возможного воздействия на брак: селективности (высшее образование получают более активные и социально более мобильные) и расширения брачного рынка (в студенческой среде и при дальнейшей профессиональной деятельности число потенциальных невест у обладателей диплома больше, чем у людей без высшего образования). Полученные данные свидетельствуют, что эффект от получения высшего образования заметен и вызывает снижение барьеров и уменьшение межэтнических расстояний, тем не менее оказывается существенно ниже ожиданий.

В случае, когда высшим образованием в смешанном браке обладает жена, дифференцирующее значение этого фактора становится более заметным (рисунок 3).

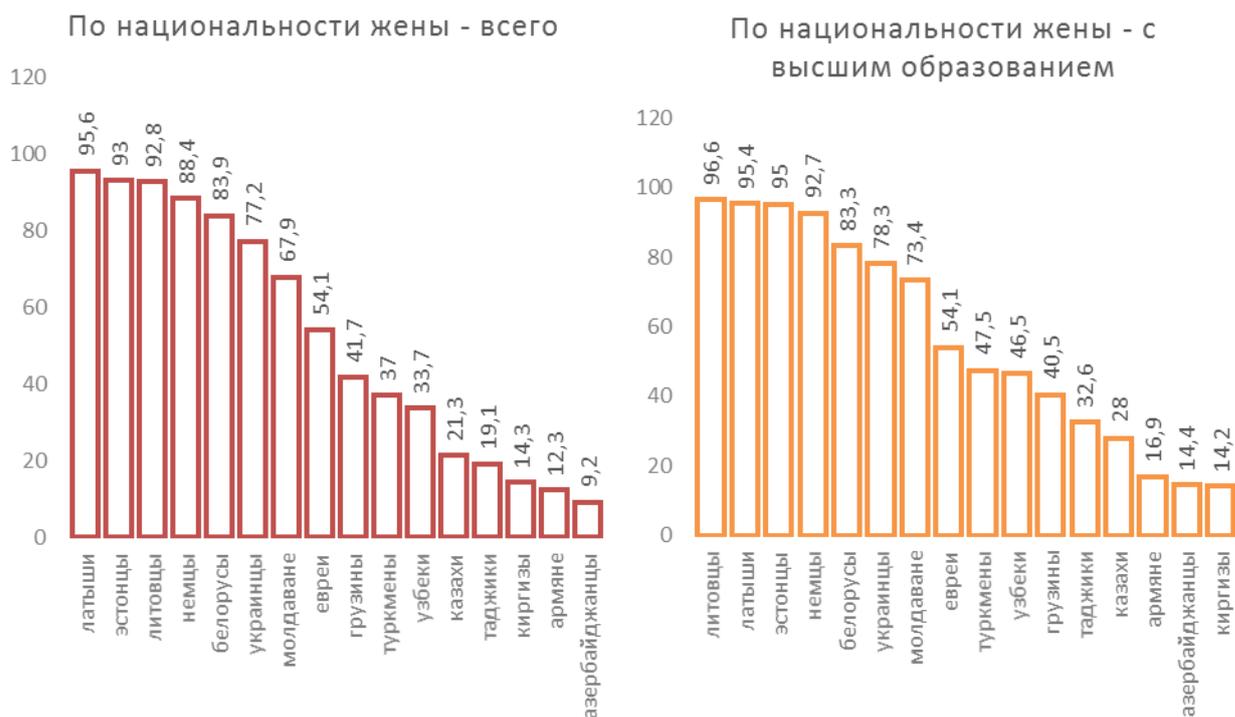


Рисунок 3. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности жены – всего и с высшим образованием, Россия, 2010, некоторые народы бывшего СССР (группа А), %

Наиболее значительны различия в частоте смешанных браков у женщин с высшим образованием, по сравнению со всеми женщинами, у таджичек, узбечек и туркменок (свыше 10 п.п.). Среднее различие для рассмотренных 16 этносов составляет 4 п.п., а число этносов, у которых распространенность смешанных браков у женщин с высшим образованием немного меньше, чем у всех женщин, всего два (грузинки и белоруски). Таким образом, женщины по данному показателю в значительно большей степени оправдывают общесоциологические соображения о влиянии мобильности и активности на шансы образования межэтнических брачных союзов.

Различается ли формирование смешанной семьи у мужчин и женщин, родившихся в России и за ее пределами?

Еще одним дифференцирующим фактором может оказаться место рождения. Можно предположить, что шансы на вступление в смешанный брак у представителей рассматриваемых этносов - уроженцев России выше, чем у тех, кто родился за ее пределами и приехал в страну часто уже не в самом раннем возрасте. Это может быть обусловлено потенциальными барьерами, препятствующими заключению смешанных браков теми, кто родился вне России, и связанными, например, с трудностями языковой или культурно-бытовой адаптации.

В целом для всех выделенных национальностей это предположение подтверждается. Влияние места рождения мужа на распространенность смешанных пар достаточно заметно и обуславливает для родившихся в России превышение, составляющее почти 9 п.п.

(рисунок 4). Однако это влияние для разных этносов не одинаково и, более того, разнонаправлено. Для казахов, туркменов и молдаван доля состоящих в этнически смешанных браках мужчин среди родившихся в России ниже, чем среди родившихся за ее пределами (рисунок 5). Для остальных же этносов у родившихся в России эта доля выше, причем наиболее существенно у евреев и армян.

Место рождения жены для большинства этносов также оказывает достаточно устойчивое воздействие на распространенность смешанных супружеств, хотя есть и исключения. Доля замужних киргизок, узбечек, украинок и белорусок, состоящих в смешанных браках, среди родившихся вне России выше (рисунок 6). Если в среднем доля женщин, состоящих в смешанных браках, у родившихся в России по сравнению с родившимися за ее пределами выше на 10 п.п., то без учета указанных этносов эта разница превышает 12 п.п. (рисунок 7).

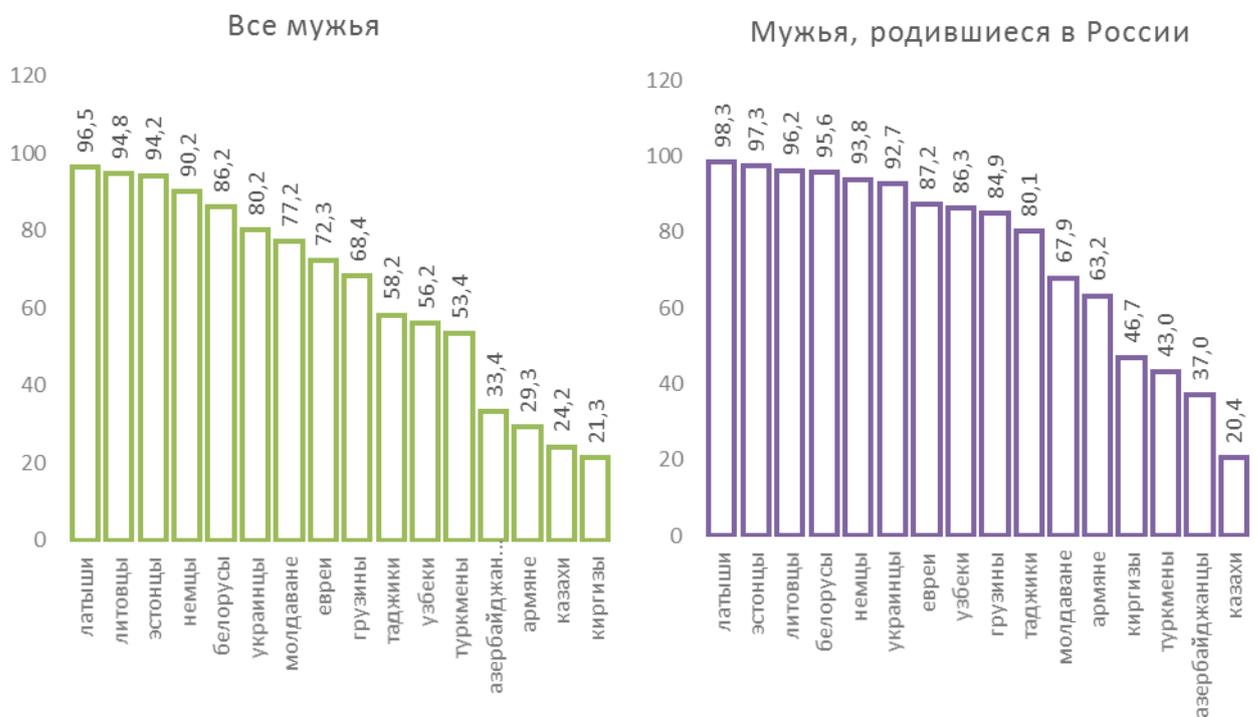


Рисунок 4. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности мужа – всего и с мужем, родившимся в России. Россия, 2010, Некоторые народы бывшего СССР (группа А), %

Результаты анализа влияния фактора места рождения на долю состоящих в этнически смешанных браках мужчин и женщин свидетельствуют о наличии трех моделей матримониального поведения (рисунок 8). В одних случаях факт рождения в России способствует более высокой доле этнически смешанных браков среди всех браков представителей данного этноса и у мужчин, и у женщин (белорусы, киргизы, узбеки, украинцы); в других случаях этот факт и у мужчин, и у женщин приводит к более низкой доле этнически смешанных браков (казахи, молдаване, туркмены); наконец, в третьей модели, к которой относятся азербайджанцы, армяне, грузины, евреи, латыши, литовцы, немцы, таджики и эстонцы, факт рождения в России мужа ассоциируется с более высокой

долей этнически смешанных браков, а у женщин тот же факт ассоциируется с их более низкой долей.

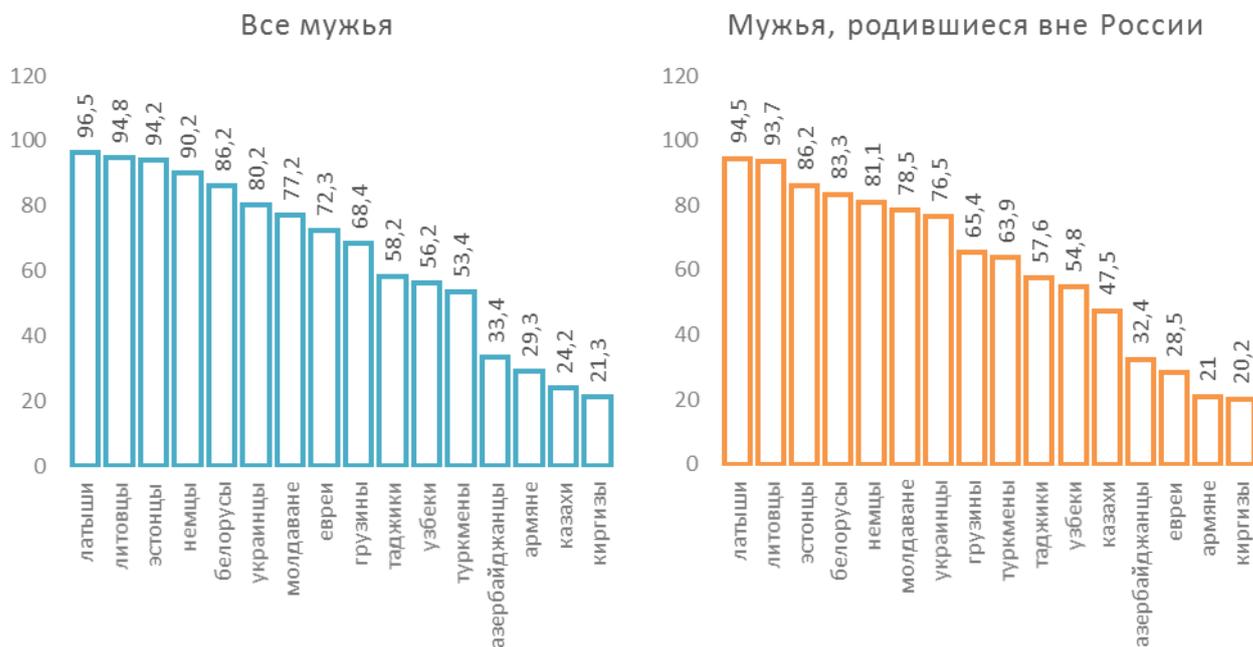


Рисунок 5. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности мужа – всего и с мужем, родившимся вне России, Россия, 2010, некоторые народы бывшего СССР (группа А), %

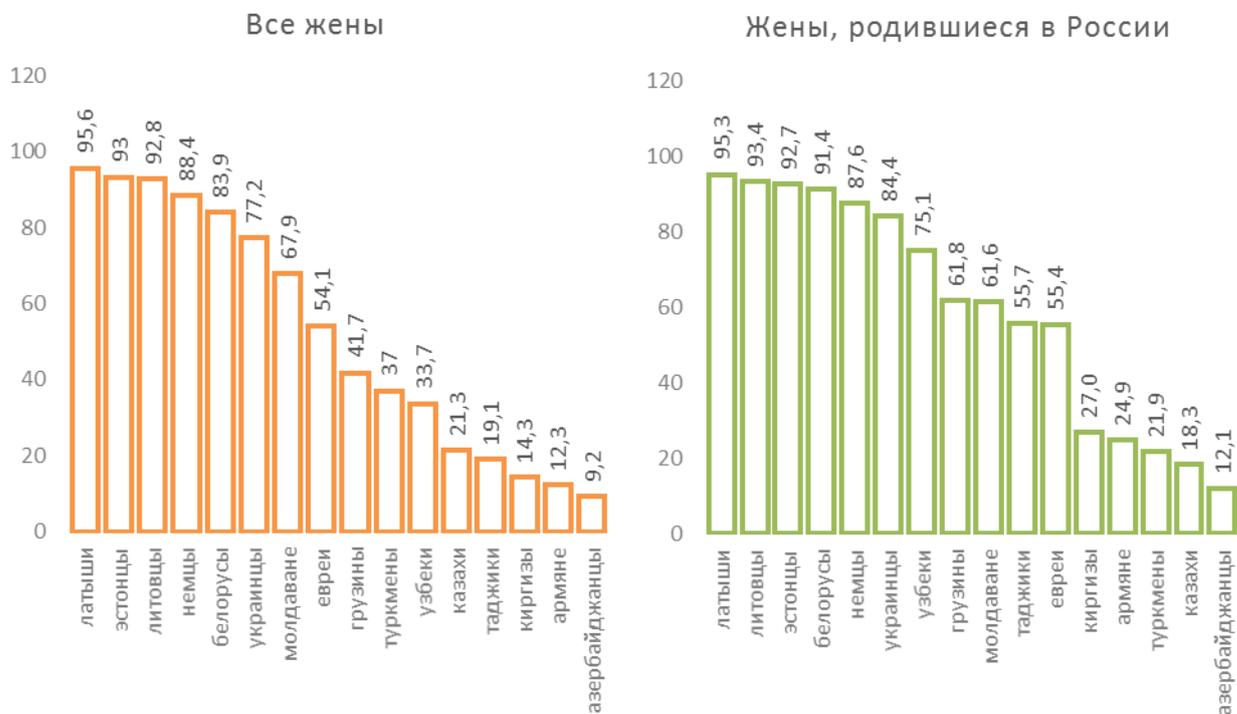


Рисунок 6. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности жены – всего и с женой, родившейся в России, Россия, 2010. Некоторые народы бывшего СССР (группа А), %

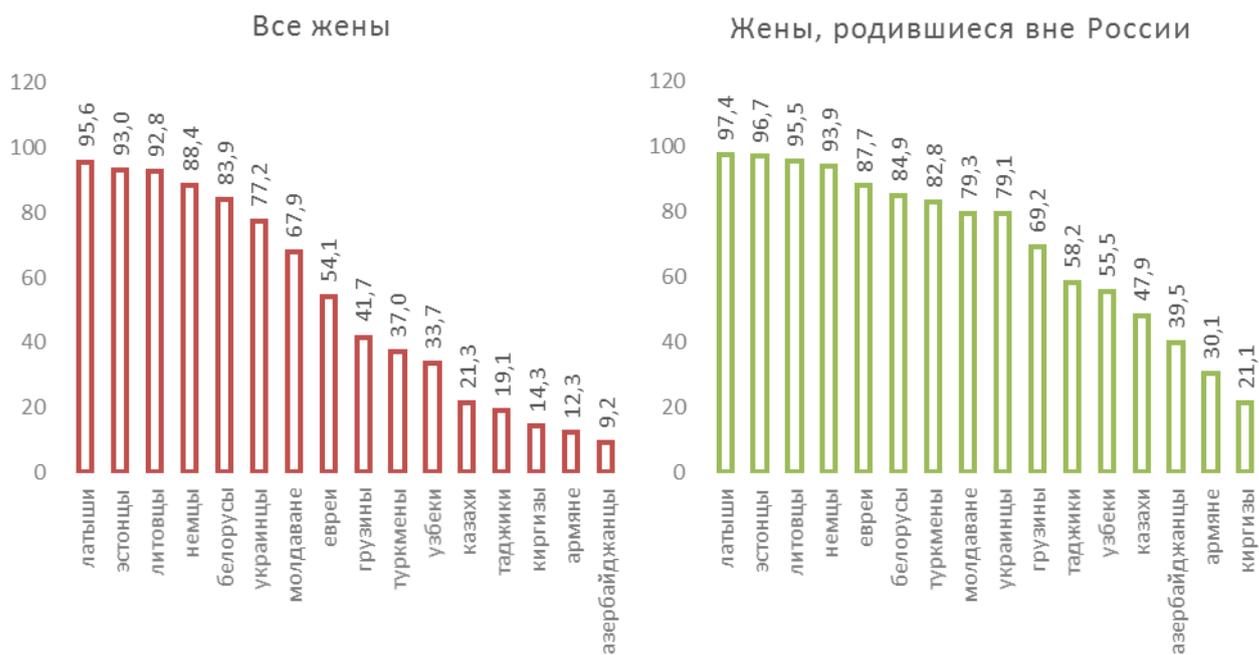


Рисунок 7. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности жены – всего и с женой, родившейся вне России, Россия, 2010, Некоторые народы бывшего СССР (группа А), %

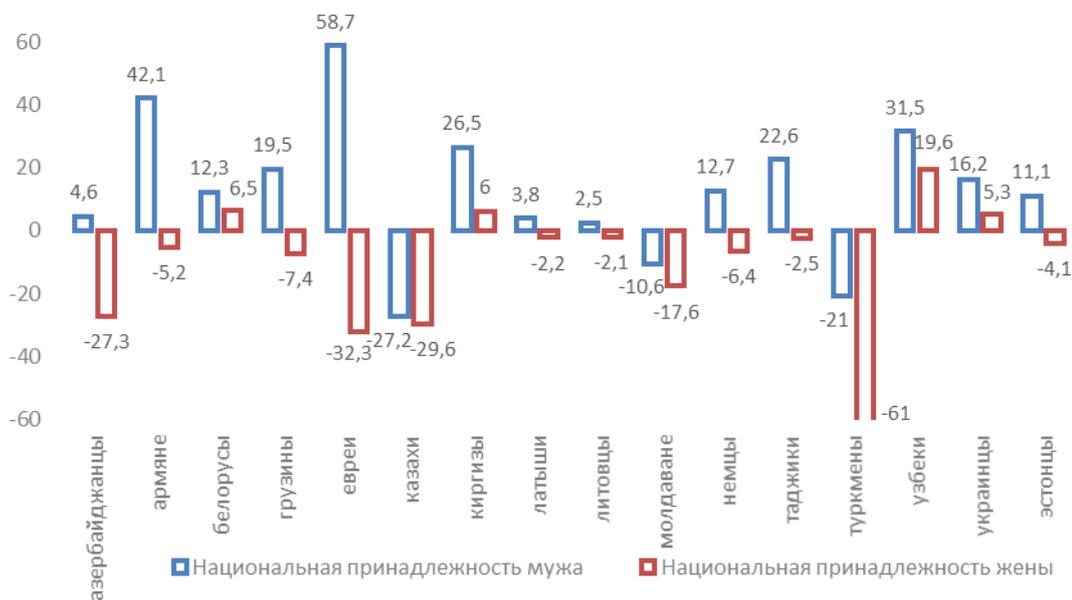


Рисунок 8. Разница долей этнически смешанных супружеских пар в зависимости от национальной принадлежности мужа или жены, п.п

ЭТНИЧЕСКИ СМЕШАННЫЕ СУПРУЖЕСКИЕ ПАРЫ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ 11 НАРОДОВ РОССИИ (ГРУППА Б)

Перейдем далее к смешанным парам у национальностей, проживающих преимущественно в России (кроме русских, которые составляют большинство в 70 регионах страны и по отношению к которым используемый здесь метод анализа неприменим; смешанные супружеские пары у русских будут рассмотрены в следующем разделе).

Для всех выбранных этносов приведены показатели этнически смешанных браков на территории России в целом, а также отдельно для проживающих в своих национально-территориальных образованиях и на остальной территории России. Проводя такое разграничение, мы исходили из предположения, что особенности формирования смешанных браков в условиях компактного проживания в своей республике и дисперсного расселения на территории остальной России разнятся столь существенно, что их необходимо рассматривать порознь.



Рисунок 9. Доля этнически смешанных супружеских пар по национальной принадлежности мужа и жены у 11 народов России (группа Б), Россия в целом, живущие в своих республиках и вне их, по данным ВПН-2010, %

Примечание: Национальности ранжированы в порядке возрастания доли этнически смешанных семей вне национальных республик.

Формирование картины смешанных браков на территории России является результатом взвешивания доли таких браков в республике и вне ее в пропорциях, существенно отличных для разных национальностей. Свои особенности есть и в распространенности смешанных браков у мужчин и у женщин.

Доля состоящих в смешанных браках **мужчин** для выделенных национальностей составляет в среднем по всей России 27%. У трех этносов (чеченцев, ингушей и якутов) она существенно ниже среднего значения и лишь у двух народов (коми и мордва) достигает 40% и более (рисунок 9).

На территории национальных республик доля состоящих в этнически смешанных браках мужчин – представителей всех 11 выделенных народов - существенно ниже, чем для России в целом (13%, т.е. вдвое ниже общероссийского уровня). Особенно выделяются чеченцы, среди которых на территории Чечни лишь один из 131 мужчины состоит в браке с женой другой национальности. Еще у трех этносов эта доля ниже 10% (ингуши, якуты и калмыки). На другом полюсе находятся коми, среди которых более одной трети состоят в смешанном браке даже на территории своей республики.

Необходимо учитывать, что расселение различных национальностей по территории страны существенно различается. Наименьшая доля всех семейных ячеек (и однонациональных, и смешанных), проживающих в своей национальной республике, - у татар, а наибольшая – у якутов, почти 99% супружеских пар которых находится на территории Саха (Якутии).

Переходя к смешанным бракам **женщин**, нужно отметить минимальное участие в них чеченок, ингушек и калмычек, для которых доля этнически смешанных браков в целом по России меньше 10%. Но и у остальных национальностей она не превышает половины. Средний показатель для анализируемых национальностей составил 27,6%.

Превышение доли смешанных браков для женщин, живущих вне национальных республик, по сравнению с женщинами, живущими в республиках, значительно больше, чем у мужчин. В среднем, разница между ними превосходит 30 п.п. Однако у разных этносов это соотношение складывается по-разному. Так, доля этнически смешанных семей у мариек выше на 26 п.п., у якуток – на 70 п.п., в отличие от них у чеченок - лишь на 11 п.п. На данную особенность («асимметрия по полу», «sex asymmetry») обращалось внимание в докладе на Европейской конференции по народонаселению в Вене [Soroko 2010].

Что произошло с этнически смешанными браками анализируемых этносов за период между переписями?

В целом картина для **мужчин** продемонстрировала достаточную устойчивость, доля этнически смешанных супружеских пар среди всех пар, включающих представителей данного этноса, оставалась на уровне 45% как в 2002, так и в 2010 г. Некоторые изменения у отдельных народов происходили, но они были сравнительно небольшими. Так, у ингушей доля смешанных супружеств снизилась на 7 п.п., еще у пяти народов (калмыки, якуты, удмурты, коми и чуваша) снижение составило величину, не превосходящую 4 п.п. Незначительное повышение доли этнически смешанных семей у остальных пяти этносов, самое большое у чеченцев, не превышало 2,5 п.п. (рисунок 10, левая панель).

Общее представление об изменениях у **женщин** дает правая панель на рисунке 10. За 8 лет у всех этносов, кроме трех, произошло снижение доли смешанных браков. Это снижение невелико и составляет от 1 до 3 п.п., лишь у удмурток чуть больше - 3,2 п.п. У женщин трех этносов доля смешанных браков выросла: у чеченок на 2 п.п., у татарок и башкирок на 0,8 п.п. Таким образом, несмотря на то, что для большинства этносов брачные союзы стали несколько более моноэтническими, в среднем для выделенных этносов доля смешанных браков почти не изменилась.

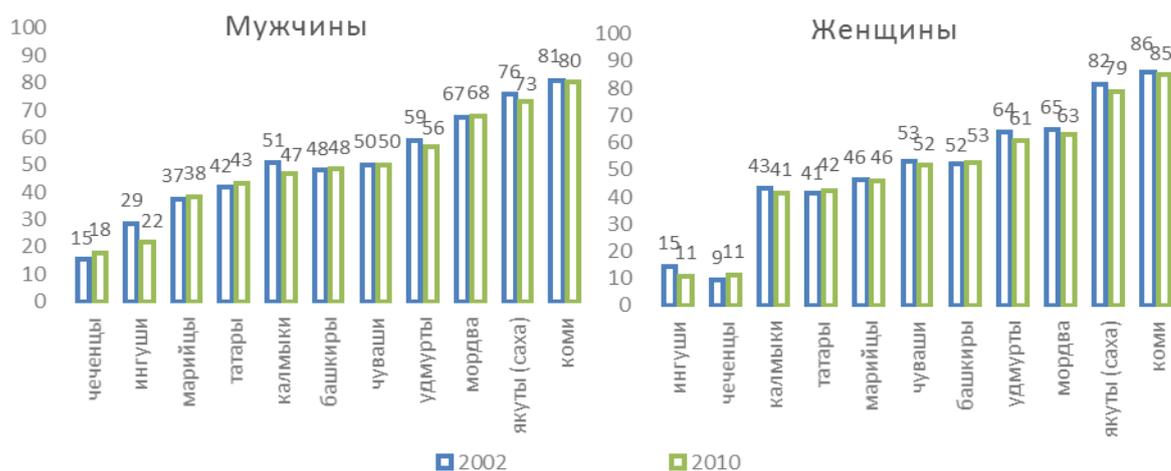


Рисунок 10. Доля этнически смешанных супружеских пар среди всех пар, включающих представителей данного этноса, по национальной принадлежности мужа и жены, Россия, 2002, 2010, некоторые национальности России (группа Б), вне национальных республик, %

Примечание: Национальности ранжированы в порядке возрастания доли этнически смешанных семей.

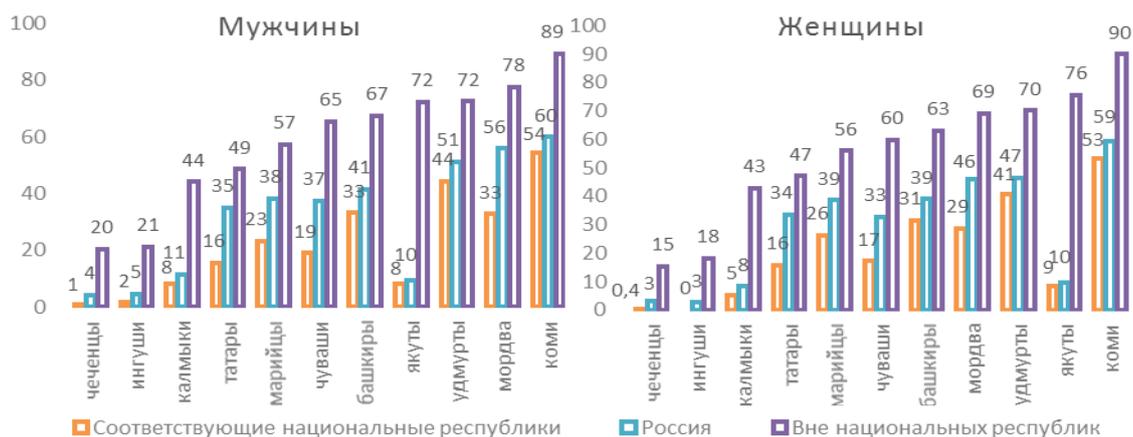


Рисунок 11. Доля этнически смешанных супружеских пар среди всех пар, включающих представителей данного этноса, по национальной принадлежности мужа и жены с высшим образованием, некоторые национальности России (группа Б) в национальных республиках, в России в целом и вне национальных республик, 2010, %

Примечание: Национальности ранжированы в порядке возрастания доли этнически смешанных семей вне национальных республик.

Аналогично тому, как это было сделано выше для национальностей бывшего СССР (группа А), рассмотрим влияние на формирование смешанных супружеских пар наличия высшего образования.

Это влияние оказывается существенным и устойчиво присутствует у большинства этносов. В среднем по выбранным народам доля этнически смешанных браков у мужчин с высшим образованием превосходит долю в населении для всех уровней образования на 4,6

п.п., в том числе у башкир, коми и удмуртов более чем на 10 п.п. (рисунок 11). Исключением из общего правила оказался только один этнос, у которого высшее образование – отрицательный фактор распространенности смешанных браков, – калмыки.

Высшее образование вносит положительный вклад в распространенность смешанных браков мужчин, живущих в национальных республиках, в меньшей степени, чем на территории России в целом, но существенно (их доля в среднем на 3,8 п.п. выше, чем у мужчин всех уровней образования). Кроме калмыков из общей картины выделяются также ингуши, у которых высшее образование не оказывает никакого влияния на распространенность смешанных пар.

Влияние высшего образования на долю **мужчин**, живущих вне своих республик и состоящих в этнически смешанном браке, по сравнению с его влиянием на эту долю у мужчин, живущих в своих республиках, значительно более выражено: среди мужчин с высшим образованием эта доля в среднем на 7 п.п. выше, чем среди мужчин всех уровней образования. У трех этносов (марийцев, удмуртов и чувашей) это превышение составляет от 15 до 19 п.п. Если сравнить долю мужчин, состоящих в этнически смешанных браках, у живущих в национальных республиках и вне их, то в последнем случае распространенность смешанных браков, в среднем, выше на 49 п.п.

Наличие высшего образования у **женщин** выделенных этносов также оказывает хоть и небольшое, но достаточно устойчивое влияние на долю женщин, состоящих в этнически смешанных браках. Как на территории всей страны (32%), так и в своих республиках (19%) и вне их (51%), доля таких смешанных браков на 5 п.п. превышает соответствующие показатели у женщин всех уровней образования. Некоторые любопытные полюсы по отдельным этносам: в Ингушетии из 8841 супружеской пары, в которых женщина имеет высшее образование, нет ни одной смешанной пары (вне Ингушетии их 272 или 18% из 1,5 тыс.); в Республике Коми доля смешанных пар превышает 50%, а вне ее составляет 90%; по сравнению с женщинами всех уровней образования доля смешанных супружеских пар с женщиной, имеющей высшее образование, у мариек и башкирок выше на 10 п.п.; у представительниц 7 этносов (марийки, чувашки, башкирки, мордовки, удмуртки, якутки и коми), живущих вне своей республики, указанная доля превышает половину.

СМЕШАННЫЕ ПАРЫ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ

Матрица этнических комбинаций

Используя материалы последней переписи населения, можно попытаться оценить склонность к образованию смешанных супружеских пар для отдельных комбинаций этносов. В качестве первого приближения к решению этой задачи предлагается использовать матрицу этнически смешанных супружеских пар, которая получена с использованием новых средств формирования демографических таблиц на основе микроданных. Мы говорим о «первом приближении», потому что предлагаемый метод позволяет лишь определенным образом структурировать полученный при переписи

эмпирический материал и поставить некоторые вопросы, которые, несомненно, нуждаются в дальнейшем осмыслении.

Из соображений наглядности и обозримости ограничимся группой из 11 этносов. Отметим, что это не та же «группа Б» из 11 народов Российской Федерации, которая рассматривалась выше. В данном случае список этносов включает русских, а также представителей ряда 4 титульных народов бывших республик СССР, ставших независимыми государствами (азербайджанцы, армяне, казахи, украинцы), а также 6 народов, имеющих свои национально-территориальные образования в составе Российской Федерации (башкиры, мордва, татары, чеченцы, чувашаи, удмурты). Назовем эту группу «Группа В».

Для обеспечения корректности демографического баланса необходимо также ввести условную двенадцатую этническую группу, которую предлагается назвать «остальные». Она включает все национальности, не вошедшие в группу В.

В итоге набор возможных этнических комбинаций в супружеских парах будет представлять собой матрицу 12*12 (таблица 2).

Таблица 2. Матрица этнических комбинаций в супружеских парах для 11 народов группы В, Россия, 2010, число пар

Национальность мужа	Национальность жены											
	русские	татары	украинцы	башкиры	чувашаи	чеченцы	армяне	мордва	азербайджанцы	казахи	удмурты	остальные
русские	12255162	158277	172145	27963	49315	725	14879	39267	3608	11491	28291	262802
татары	170031	521326	4402	40381	5477	109	294	1646	292	3178	3026	12404
украинцы	212218	5408	58808	1205	1716	25	548	1154	118	537	597	14018
башкиры	26484	34679	839	156002	973	7	35	198	49	946	440	2544
чувашаи	47401	5126	1354	1277	148189	3	56	1632	20	170	315	3014
чеченцы	4443	245	164	45	16	210093	42	14	37	130	13	2303
армяне	52546	1042	1557	201	196	22	148271	147	427	103	106	5035
мордва	46975	2026	1111	286	2130	11	68	55521	16	123	130	1276
азербайджанцы	29395	2134	1003	394	256	53	662	135	80870	371	185	6032
казахи	16055	3770	552	1296	245	39	41	111	40	77389	72	2531
удмурты	25391	2379	400	428	242	3	18	66	11	47	51477	1336
остальные	408629	18422	15787	4728	4174	3284	4132	1596	3549	3824	2113	1315065

Матрица содержит 17,14 млн супружеских пар, из которых 15,08 млн этнически однородных на диагонали матрицы и 2,06 млн этнически смешанных пар вне диагонали. Таким образом, на долю последних, которые и интересуют нас в данном случае, приходится 12% всех пар.

Попытаемся решить нашу задачу, соотнеся реальные числа наблюдающихся этнических комбинаций с гипотетическими числами, которые можно было бы ожидать при предположении пропорциональности числа таких браков числу мужчин и женщин соответствующих национальностей.

Введем следующие обозначения:

M_i – общее число мужчин национальности i , состоящих в смешанном браке,

F_j – общее число женщин национальности j , состоящих в смешанном браке,

N_{ij} – число супружеских пар с мужем национальности i и женой национальности j (фактическое, по данным переписи),

N_{ij}^R – число супружеских пар с мужем национальности i и женой национальности j (расчетное).

Если бы формирование смешанной пары (i, j) не зависело от комбинации этносов, число смешанных пар с точностью до некоторого множителя, значение которого не зависит ни от i ни от j , имело бы вид:

$$N_{ij}^R = k * M_i * F_j, \quad (1)$$

т.е. есть формировалось бы по принципу «случайной» равновероятной комбинации данных национальностей.

В работе математиков Ю. Орлова и В. Суслина, посвященной, в частности, моделированию этнических структур, формирование этнически смешанных семей по указанному принципу было названо «равномерной ассимиляцией – когда нет предпочтений при вступлении в смешанные браки» [Орлов, Суслин 2003: 49].

Однако в реальности такие предпочтения, как правило, присутствуют, так что, на практике, реальное число супружеских пар с этнической комбинацией (i, j) зависит от того, о комбинации каких именно этносов идет речь. Обозначим эту зависимость в виде множителя E_{ij} . Тогда реальное число смешанных семей (i, j) можно представить в виде:

$$N_{ij} = K * M_i * F_j * E_{ij}. \quad (2)$$

Этот множитель отражает приоритеты и взаимные предпочтения при образовании смешанной пары и количественно характеризует, в какой степени данная комбинация отличается от ситуации в случае равномерной ассимиляции.

В уравнениях (1) и (2) значения коэффициентов k и K неизвестны, и их значения не могут быть непосредственно измерены средствами демографической статистики. Однако в (1) k можно рассматривать как нормирующий множитель, значение которого можно определить из соображений «демографического баланса» супружеских пар, которое в данном случае принимает смысл «Сумма чисел супружеских пар всех этнических комбинаций равна общему числу всех супружеских пар»:

$$N = \sum_j \sum_i N_{ij}^R = \sum_j \sum_i k M_i F_j = k \sum_j F_j \sum_i M_i = k F M. \quad (3)$$

Данное соотношение позволяет оценить значение $k=N/FM$, имеющее смысл вероятности образования смешанной супружеской пары для произвольной этнической комбинации в случае равномерной ассимиляции.

Это позволяет перейти к «безразмерному» распределению смешанных пар в случае равномерной ассимиляции:

$$n_{ij}^R = \frac{N_{ij}^R}{N} = \frac{N}{N_{FM}} M_i F_j = \frac{1}{F_M} M_i F_j. \quad (4)$$

Данное распределение показывает, какую долю всех смешанных семей составляют семьи с комбинацией национальностей (i, j) .

Так как величина K в (2) также не может быть определена методами существующей демографической статистики, для оценки показателя этнических предпочтений E_{ij} по аналогии с (4) можно вначале перейти к безразмерному распределению реальных супружеских пар:

$$n_{ij} = \frac{N_{ij}}{N}. \quad (5)$$

Поскольку имеется определенная «свобода» выбора значения K , согласованного со значениями E_{ij} , последние можно оценить на основании сравнения безразмерных распределений в (4) и (5). Тогда межэтнические предпочтения получаются в виде соотношения:

$$E_{ij} = \frac{n_{ij}}{n_{ij}^R}. \quad (6)$$

Еще одна проблема, которая встает при анализе показателей E_{ij} , - размерность, т.е. число анализируемых значений для всех комбинаций i и j . На данном первоначальном этапе предлагается несколько понизить размерность решаемой задачи. Первоначальное исходное значение размерности задачи составляет $Z*(Z-1)$, где Z - число этносов. Для 12 этнических групп (11 выделенных + одна «остальные») оно составит 132. Рассмотрим лишь наиболее распространенные из них, для которых $n_{ij} > 0,001$. Число таких клеток в матрице почти вдвое меньше - 64. Второе направление понижения размерности - усреднение различий по полу. Асимметрия распределения этнически смешанных семей по полу уже отмечалась выше, однако для уточнения методики анализа представляется целесообразным временно данную особенность не учитывать. Что касается алгоритмов расчета, в качестве одного из вариантов может быть предложено агрегирование показателей для комбинаций этносов, лежащих симметрично относительно главной диагонали матрицы, т.е. (i, j) и (j, i) .

Оценка межэтнических расстояний

Для первоначальной грубой оценки межэтнических расстояний предлагается использовать значения предпочтений из формулы (6), агрегированные по полу. Будем исходить из качественного понимания межэтнического расстояния как фактора, обратно пропорционально которому происходит формирование предпочтений. Количественно его можно представить в виде:

$$D_{ij} = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{E_{ij}} + \frac{1}{E_{ji}} \right). \quad (7)$$

Начнем подсчет этих расстояний для русских. Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3. Оценка межэтнических расстояний между русскими и 10 этносами на основании распространенности смешанных браков, Россия, 2010

Национальность	Расстояние (D_{ij})
украинцы	0,66
мордва	0,68
удмурты	0,71
армяне	0,74
чувашаи	0,75
татары	0,84
казахи	0,97
азербайджанцы	1,03
башкиры	1,55
чеченцы	2,03

Примечание: Национальности указаны в порядке увеличения расстояния.

Отметим, прежде всего, что единица измерения данной оценки расстояния безразмерная. Она сделана исходя из предположения, что значение «1» соответствует полному отсутствию каких-либо предпочтений национальностей при образовании супружеских пар. Меньшее значение расстояния означает наличие больших предпочтений при формировании пар с данной комбинацией национальностей мужа и жены, «1» – отсутствие таких предпочтений, а значения больше «1» - наличие серьезных барьеров, препятствующих образованию смешанных браков с такой комбинацией национальностей.

В данном случае, в таблице 3 получается достаточно хорошо интерпретируемый результат. Среди выделенных этносов наиболее близки к русским украинцы, на другом полюсе – чеченцы, что также неплохо согласуется с данными других исследований [Леонова 2005].

Необходимо отметить, что полученные оценки межэтнических расстояний несут, главным образом, смысл порядковой шкалы, позволяющей сравнить два или несколько этносов и ответить на вопрос, какой из них дальше от данного или ближе к нему. На данном этапе использование такого рода оценок отдельно для мужчин и женщин пока не представляется возможным из-за нелинейности исходных формул агрегирования по полу (7).

Рассмотрим теперь межэтнические расстояния, отделяющие представителей еще трех этносов (башкир, татар и украинцев) от представителей других рассматриваемых народов (таблица 4). В таблицу включены только те комбинации, для которых доля этнически смешанных браков составила не менее 1 из 1000 всех смешанных семей в России.

Отметим здесь две особенности: 1) башкиры оказались существенно ближе к татарам, чем русские и украинцы; 2) многие комбинации национальностей оказались существенно более далекими, чем русские с чеченцами (например, азербайджанцы с татарами или башкиры с украинцами).

Таблица 4. Оценка межэтнических расстояний (D_{ij}) отделяющих татар, украинцев и башкир от других национальностей, на основании распространенности смешанных браков, Россия, 2010

Татары		Украинцы		Башкиры	
башкиры	0,30	армяне	5,45	казахи	0,96
казахи	1,01	чуваши	5,76	чуваши	2,64
чуваши	1,81	мордва	6,19		
удмурты	1,87	башкиры	10,14		
азербайджанцы	3,61				
мордва	4,19				
украинцы	6,84				

Примечание: Национальности в столбцах указаны в порядке увеличения межэтнического расстояния.

Некоторые другие национальности

Рассмотрим теперь некоторые другие представленные в населении России народы, которых не оказалось в рассмотренном выше списке из 11 (группы В). Расчеты были сделаны по методике, аналогичной приведенной в предыдущем разделе (таблица 5).

Таблица 5. Оценка межэтнических расстояний (D_{ij}), отделяющих русских, армян, азербайджанцев и немцев от других национальностей, на основании распространенности смешанных браков, Россия, 2010

Русские		Армяне		Азербайджанцы		Немцы	
немцы	0,94	грузины	0,54	грузины	1,40	ингуши	5,98
евреи	0,96	азербайджанцы	1,11	евреи	4,64	евреи	11,19
буряты	1,10	евреи	2,67	немцы	12,73	грузины	16,64
китайцы	1,16	лезгины	3,42			буряты	17,09
грузины	1,19	буряты	11,88			лезгины	21,96
абхазы	1,42	немцы	14,09			черкесы	24,06
дагестанцы	1,63						
ингуши	2,37						
лезгины	2,67						
черкесы	3,85						

Примечание: В столбцах национальности указаны в порядке увеличения расстояния; повторные комбинации национальностей в столбцах в порядке слева направо не указаны с целью избежать дублирования (например, немцы + русские).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная статья может рассматриваться лишь как первый этап работы по анализу смешанных супружеских пар. Но уже на этом этапе можно сделать некоторые выводы.

- Этнически смешанные супружеские пары составляют достаточно существенную долю всех пар, выделенных при переписи 2010 г. (12%).
- Распространенность таких пар существенно различается у различных этносов, проживающих в России.
- Смешанные супружеские пары у мужчин и женщин одной национальности распространены в различной степени, демонстрируя свойство асимметрии по полу, которое может значительно отличаться у разных национальностей.

- Распространенность смешанных супружеских пар демонстрирует зависимость от ряда социально-демографических факторов, таких как место рождения и наличие высшего образования, однако эта зависимость существенно различается у разных национальностей не только по величине, но даже по направленности. Для обнаруженного явления не всегда может быть найдена адекватная интерпретация, поэтому оно потребует дальнейшего более детального изучения.
- Предоставление Росстатом онлайн-инструмента для расчета таблиц на основе индивидуальных микроданных, полученных при проведении переписи населения, открывает принципиально новые возможности демографического анализа, в том числе этнически смешанных браков.
- Полученные в результате применения данного инструмента матрицы этнически смешанных супружеских пар для комбинаций различных национальностей, проживающих в России, могут быть использованы для оценки межэтнических расстояний.
- Число рассмотренных в данной статье этносов составляет лишь небольшую долю от общего числа национальностей, проживающих в России. Для получения более широкой и детальной картины потребуется существенное расширение списка анализируемых этносов и их комбинаций.

БЛАГОДАРНОСТИ

Автор выражает благодарность В.М. Воронину за содержательное обсуждение различных версий системы доступа к микроданным переписей населения России, размещенной на сайте Росстата, и за организацию оперативной модернизации этой системы с учетом пожеланий демографов, без которой данная работа оказалась бы невозможной. Автор благодарит также сотрудников Института демографии НИУ ВШЭ и анонимных рецензентов, чьи критические замечания и пожелания позволили существенно скорректировать первоначальный текст статьи, и Т.П. Сороко за существенную помощь в стилистическом редактировании текста.

ЛИТЕРАТУРА

- Алексахина Н.А. (1998). Тенденции в изменении национальной идентичности народов России // Материалы Всероссийской научной конференции «Депопуляция в России: причины, тенденции, последствия и пути выхода». Москва, 6 декабря 1996. Ч.3. М.: 49-54.
- Богоявленский Д. (2012). Перепись 2010: этнический срез // Демоскоп Weekly. № 531-532. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0531/tema01.php> (дата обращения: 29.10.2014).
- Верещагина А.В. (2003). Этнически смешанные семьи на Северном Кавказе: Образование и межэтническая адаптация. Дисс. на соиск. уч. ст. канд. социологических наук. Ростов-на-Дону: РГУ: 1-165.

- Волжанина Е.А. (2007). Влияние этнически смешанных семей на численность ненцев, проживающих на территории Ямало-Ненецкого автономного округа, в конце XX — начале XXI в. // Вестник археологии, этнографии и антропологии. № 8: 127-139.
- Волков А.Г. (2014). Избранные демографические труды / Сост. и науч. ред. А.Г. Вишневский. М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Всероссийские переписи населения 2002 и 2010 годов (2014). SuperWEB2. URL: <http://std.gmcrosstata.ru/webapi/jsf/tableView/customiseTable.xhtml> (дата обращения: 17.10.2014).
- Итоги Всесоюзной переписи населения 1989 г. в 12 томах (1991-1993). Том III. Число и структура семей, группировка их по размеру. М.: Госкомстат. Официальное издание на электронном носителе.
- Леонова А. (2005). Мигрантофобия и ксенофобия: срез общественных настроений. Иммигранты на этнической шкале социальной дистанции // Демоскоп Weekly. № 203-204. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0203/tema02.php> (дата обращения 29.10.2014).
- Микроданные Всероссийских переписей населения в Интернете. Заседание Секции статистики Центрального Дома ученых РАН 28 февраля 2013 года (2013) // Демоскоп Weekly № 545-546. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0545/nauka01.php> (дата обращения 29.10.2014).
- Население России 2010-2011: восемнадцатый-девятнадцатый ежегодный демографический доклад (2013) / Отв. ред. А.Г. Вишневский. М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Орлов Ю.Н., В.М. Суслин (2003). Кинетические уравнения для некоторых моделей демографии // Математическое моделирование. Том 15. № 3: 43-54.
- Посещаемость сайта Демоскоп Weekly в августе-сентябре 2014 года: Самые популярные страницы Демоскопа Weekly в сентябре 2014 (2014). URL: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0613/stat09.php> (дата обращения 29.10.2014).
- Этнокультурный облик России: перепись 2002 года (2007) / Под ред. В.В. Степанова и В.А. Тишкова. М.: Наука.
- Soroko E. (2010). Role of Ethnically Mixed Families in Formation of Ethnic Structure of Russia's Population // European Population Conference 2010. Vienna, Austria, 1-4 September 2010. URL: <http://demoscope.ru/center/so/epc2010.html> (дата обращения 29.10.2014).
- Soroko E.L., V.M. Voronin (2014). New information technology in data processing of population census results // Innovative Information Technologies: Materials of the International scientific-practical conference. Part 3. Prague: 430-434. URL: <http://publications.hse.ru/chapters/135969452>, <http://publications.hse.ru/books/120769163> (дата обращения 29.10.2014).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Описание примера одного запроса к Системе SuperWeb2 для доступа к данным ВПН-2002 [Всероссийские... 2014]

1. В результате запроса появляется возможность получить число семейных ячеек в Башкортостане на основании индивидуальных данных ВПН-2002, в которых муж и жена – башкиры, а жена имеет высшее образование.
 - a. Опции суммирования: семейная ячейка: количество
 - b. Семейная ячейка: тип семейной ячейки: супружеская пара без детей до 18 лет, супружеская пара с детьми до 18 лет
 - c. Год переписи: 2002 (путем удаления лишнего года: 2010)
 - d. Семейная ячейка: ответы жены: национальная принадлежность жены: башкиры
 - e. Семейная ячейка: ответы жены: образование жены: высшее
 - f. ТЕРСОН сопоставления 2002-2010: Приволжский федеральный округ: муниципальные образования Республики Башкортостан
 - g. Семейная ячейка: ответы мужа: национальная принадлежность мужа: башкиры
2. При формировании каждой из опций запроса *d* и *e* нажимается кнопка «Добавить к строке», *c* – кнопка «Удалить из таблицы», *a*, *b*, *f*, *g* – «Добавить к столбцу»
3. После нажатия кнопки «Извлечь данные» на экране появляются две цифры: 2141 и 15299 – числа семейных ячеек без детей до 18 лет и с детьми до 18 лет.

Приложение 2.

Таблица П-1. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности мужа, Россия, 2010, некоторые национальности бывшего СССР (группа А)

Национальная принадлежность мужа	Число супружеских пар	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар, %
киргизы	13023	10255	2768	21,3
казахи	102141	77389	24752	24,2
армяне	209653	148271	61382	29,3
азербайджанцы	121490	80870	40620	33,4
туркмены	6285	2931	3354	53,4
узбеки	38066	16681	21385	56,2
таджики	29112	12180	16932	58,2
грузины	30177	9543	20634	68,4
евреи	17966	4981	12985	72,3
молдаване	30217	6888	23329	77,2
украинцы	296352	58808	237544	80,2
белорусы	76278	10498	65780	86,2
немцы	64685	6342	58343	90,2
эстонцы	2218	129	2089	94,2
литовцы	5153	270	4883	94,8
латыши	2553	89	2464	96,5

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных семей.

Таблица П-2. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности жены, Россия, 2010, некоторые народы бывшего СССР (группа А)

Национальная принадлежность жены	Число супружеских пар	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар, %
азербайджанцы	89037	80870	8167	9,2
армяне	169046	148271	20775	12,3
киргизы	11961	10255	1706	14,3
таджики	15056	12180	2876	19,1
казахи	98309	77389	20920	21,3
узбеки	25142	16681	8461	33,7
туркмены	4651	2931	1720	37,0
грузины	16374	9543	6831	41,7
евреи	10858	4981	5877	54,1
молдаване	21487	6888	14599	67,9
украинцы	258122	58808	199314	77,2
белорусы	65028	10498	54530	83,9
немцы	54503	6342	48161	88,4
литовцы	3751	270	3481	92,8
эстонцы	1836	129	1707	93,0
латыши	2022	89	1933	95,6

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных семей.

Таблица П-3. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности мужа, Россия в целом, 2010, некоторые народы России (группа Б)

Национальная принадлежность мужа	Число супружеских пар	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар, %
чеченцы	217545	210093	7452	3,4
ингуши	60126	57529	2597	4,3
марийцы	78991	58879	2012	25,5
татары	762566	521326	241240	31,6
калмыки	24497	21559	2938	12,0
башкиры	223196	156002	67194	30,1
чуваши	208557	148189	60368	28,9
удмурты	81798	51477	30321	37,1
мордва	109673	55521	54152	49,4
якуты (саха)	62757	57360	5397	8,6
коми	28217	16921	11296	40,0

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных семей вне национальных республик.

Таблица П-4. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности мужа, некоторые народы в соответствующих национальных республиках России (группа Б), 2010

Национальная принадлежность мужа	Число супружеских пар в республике	Их доля среди всех таких супружеских пар в России, %	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар среди всех пар в республике, %
1	2	3	4	5	6 = 5 / 2
чеченцы	183406	84,31	182005	1401	0,8
ингуши	52189	86,80	51307	882	1,7
марийцы	40652	51,46	35200	5452	13,4
татары	288269	37,80	251657	36612	12,7
калмыки	22197	90,61	20331	1866	8,4
башкиры	163431	73,22	125175	38256	23,4
чуваши	113014	54,19	100283	12731	11,3
удмурты	61296	74,94	42539	18757	30,6
мордва	45191	41,21	34771	10420	23,1
якуты (саха)	61984	98,77	57151	4833	7,8
коми	24984	88,54	16282	8702	34,8

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных семей вне национальных республик.

Таблица П-5. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности мужа, некоторые национальности вне соответствующих национальных республик России (группа Б), 2010

Национальная принадлежность мужа	Число супружеских пар	Доля супружеских пар вне национальной республики во всех ячейках России, %	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар, %
1	2	3	4	5	6 = 5 / 2
чеченцы	34139	15,69	28088	6051	17,7
ингуши	7937	13,20	6222	1715	21,6
марийцы	38339	48,54	23679	14660	38,2
татары	474297	62,20	269669	204628	43,1
калмыки	2300	9,39	1228	1072	46,6
башкиры	59765	26,78	30827	28938	48,4
чуваши	95543	45,81	47906	47637	49,9
удмурты	20502	25,06	8938	11564	56,4
мордва	64482	58,79	20750	43732	67,8
якуты (саха)	773	1,23	209	564	73,0
коми	3233	11,46	639	2594	80,2

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных пар.

Таблица П-6. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности жены, Россия в целом, 2010, некоторые национальности России (группа Б)

Национальная принадлежность жены	Число супружеских пар	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар, %
ингуши	58643	57529	1114	1,9
чеченцы	214374	210093	4281	2,0
калмыки	23678	21559	2119	8,9
татары	754834	521326	233508	30,9
марийцы	87668	58879	28789	32,8
чуваши	212929	148189	64740	30,4
башкиры	234206	156002	78204	33,4
удмурты	86765	51477	35288	40,7
мордва	101487	55521	45966	45,3
якуты (саха)	63815	57360	6455	10,1
коми	33065	16921	16144	48,8

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных семей вне национальных республик.

Таблица П-7. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности жены, некоторые национальности в соответствующих национальных республиках России (группа Б), 2010

Национальная принадлежность жены	Число супружеских пар	Доля супружеских пар в национальной республике во всех ячейках России, %	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар, %
1	2	3	4	5	6 = 5 / 2
ингуши	51664	88,10	51307	357	0,7
чеченцы	182715	85,23	182005	710	0,4
калмыки	21586	91,16	20331	1255	5,8
татары	289420	38,34	251657	37763	13,0
марийцы	43785	49,94	35200	8585	19,6
чуваши	114097	53,58	100283	13814	12,1
башкиры	168986	72,15	125175	43811	25,9
удмурты	64085	73,86	42539	21546	33,6
мордва	45220	44,56	34771	10449	23,1
якуты (саха)	62833	98,46	57151	5682	9,0
коми	28788	87,06	16282	12506	43,4

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных семей вне национальных республик.

Таблица П-8. Этнически однородные и этнически смешанные супружеские пары по национальной принадлежности жены, некоторые национальности (группа Б) вне соответствующих национальных республик России, 2010

Национальная принадлежность жены	Число супружеских пар	Доля супружеских пар вне национальной республики во всех супружеских парах России, %	Национальная принадлежность жены и мужа совпадают	Национальная принадлежность жены и мужа различаются	Доля этнически смешанных супружеских пар, %
1	2	3	4	5	6 = 5 / 2
ингуши	6979	11,90	6222	757	10,8
чеченцы	31659	14,77	28088	3571	11,3
калмыки	2092	8,84	1228	864	41,3
татары	465414	61,66	269669	195745	42,1
марийцы	43883	50,06	23679	20204	46,0
чуваши	98832	46,42	47906	50926	51,5
башкиры	65220	27,85	30827	34393	52,7
удмурты	22680	26,14	8938	13742	60,6
мордва	56267	55,44	20750	35517	63,1
якуты (саха)	982	1,54	209	773	78,7
коми	4277	12,94	639	3638	85,1

Примечание: Национальности приведены в порядке возрастания доли этнически смешанных семей.

ETHNICALLY MIXED FAMILIES IN THE RUSSIAN FEDERATION*

EUGENY SOROKO

EUGENY SOROKO, INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS.
E-MAIL: esoroko@hse.ru.

DATE RECEIVED: OCTOBER 2014.

The paper is devoted to an analysis of ethnically mixed married couples in which both the wife and husband consider themselves as belonging to different ethnicities. Unlike other studies of the ethnic structure of the population, which usually analyze the list of peoples and ethnicities in Russia, their size, peculiarities and factors of dynamics, the present study stresses those kinds of demographic behavior – primarily matrimonial behavior - the results of which may be considered, with certain reservations, as processes occurring at the ethnic boundaries. The main source of data used is quite a new one. It appeared recently after the Federal State Statistics Service made the 2002 and 2010 All-Russian population censuses results open access. These microdata are supplied with tools for creating, by user request, demographic tables of characteristics of individuals, families or households using census data. The results are presented of the study's findings on the prevalence of ethnically mixed families in Russia for 27 ethnicities depending on gender, place of birth and level of education, as well as of an analysis of the changes observed between the last censuses.

Key words: ethnicity, population ethnic composition, ethnically mixed couples, assimilation, population census.

* THE STUDY WAS IMPLEMENTED IN THE FRAMEWORK OF THE BASIC RESEARCH PROGRAM AT THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS (HSE) IN 2012-2014.

REFERENCES

- Aleksakhina N.A. (1998) Tendentsii v izmenenii nacionalnoy identichnosti narodov Rossii [Trends in changes of national identity of peoples in Russia] // Materialy Vserossiyskoy nauchnoy konferentsii «Depopulyatsiya v Rossii: prichiny, tendentsii, posledstviya i puti vykhoda». Moscow, 6 December 1996 [Materials of All-Russian scientific conference «Depopulation in Russia: causes, trends, consequences and solutions»]. V.3: 49-54.
- Bogoyavlenskij D. (2012). Perepis 2010: etnicheskij srez [2010 population census: ethnic composition] // Demoscope Weekly # 531-532, 12-25 November. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0531/tema01.php> (accessed: 29.10.2014).
- Etnokulturnyj oblik Rossii: perepis 2002 goda [Ethnocultural face of Russia: the 2002 census (2007)] / V.V. Stepanov, V.A. Tishkov, eds. M.: Nauka.
- Itogi Vsesoyuznoy perepisi naseleniya 1989 g. v 12 tomakh (1991-1993). Tom III. Chislo i struktura semey, gruppировка ikh po razmeru [Results of the 1989 All-Union population census in 12 volumes. Volume III. Number of families, their structure and distribution by size]. M.: Goskomstat. Oficialnoe izdanie na elektronnom nositele [M.: Goskomstat. Official electronic publication].
- Leonova A. (2005). Migrantofobiya i ksenofobia: srez obshhestvennyx nastroyenij. Immigranty na etnicheskoj shkale socialnoj distancii [Migrantophobia and xenophobia: cut of public

- opinion. Immigrants at the ethnic scale of social distance // Demoscope Weekly. Theme of issue # 203-204, 23 May - 5 June. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0203/tema02.php> (accessed: 29.10.2014).
- Mikrodannye Vserossijskix perepisej naseleniya v Internetе. Zasedanie Sekcii statistiki Centralnogo Doma echenyx RAN 28 fevralya 2013 goda [Microdata of All-Russian population censuses on the web. Meeting of the Section of Statistics of the Central House of Scientists of RAS on the 28-th of February] (2013) // Demoscope Weekly # 545-546. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0545/nauka01.php> (accessed: 29.10.2014).
- Naselenie Rossii 2010-2011: vosemnadcatyj-devyatnadcatyj ezhegosnyj demograficheskiy doklad [Population of Russia 2010-2011: eighteenth-nineteenth annual demographic report] (2013) / A.G.Vishnevsky, ed. M.: NRU HSE.
- Orlov Yu.N., V.M.Suslin (2003). Kineticheskie uravneniya dlya nekotoryx modelej demografii [Kinetic equations for some demographic models] // Matematicheskoe modelirovanie [Mathematic Modeling]. V.15. № 3:43-54.
- Poseshhaemost saita Demoscopy Weekly v avguste-sentyabre 2014 goda: Samye populyarnye stranicy Demoskopa Weekly v sentyabre 2014 [Website traffic of Demoscope Weekly in August – September 2014: The most popular Demoscope Weekly pages in September 2014] (2014). URL: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0613/stat09.php> (accessed: 29.10.2014).
- Soroko E. (2010). Role of Ethnically Mixed Families in Formation of Ethnic Structure of Russia's Population // European Population Conference 2010. Vienna, Austria, 1-4 September 2010. URL: <http://demoscope.ru/center/so/epc2010.html> (accessed: 29.10.2014).
- Soroko E.L., V.M. Voronin (2014). New information technology in data processing of population census results // Innovative Information Technologies: Materials of the International scientific-practical conference. Part 3. Prague: 430-434. URL: <http://publications.hse.ru/chapters/135969452>, <http://publications.hse.ru/books/120769163> (дата обращения 29.10.2014).
- Vereschagina A.V. (2003). Etnicheski smeshannye sem'i na Severnom Kavkaze: obrazovanie i mezhetnicheskaya adaptatsiya [Ethnically mixed families at the North Caucasus: formation and inter-ethnic adaptation]. PhD thesis in sociology. Rostov-on-Don: RGU:1-165.
- Volkov A.G. (2014). Izbrannye demograficheskie trudy. Sost. i nauch. red. A.G.Vishnevsky [Selected works in demography / A.G.Vishnevsky, ed.]. M., Publ. house of Higher School of Economics.
- Volzhanina E.A. (2007). Vliyanie etnicheski smeshannykh semey na chislennost' nentsev, prozhivayuschikh na territorii Yamalo-Nenetskogo avtonomnogo okruga, v kontse 20 – nachale 21 v. [Influence of ethnically mixed families upon the population size of the Nenets residing in Yamalo-Nenets Autonomous Okrug by the close of the 20 – at the beginning of the 21 century] // Vestnik arkheologii, etnografii i antropologii [Herald of archeology, ethnography, and anthropology]. №8. Tyumen: IPOS SB RAS:127-139.
- Vserossijskie perepisi naseleniya 2002 2010 godov [2002 2010 All-Russian population censuses] (2014). SuperWEB2. URL: <http://std.gmcrosstata.ru/webapi/jsf/tableView/customiseTable.xhtml> (accessed 17.10.2014).

КАТОЛИЧЕСТВО ИЛИ ПРОТЕСТАНТИЗМ? ЗДОРОВЬЕ И БЛАГОПОЛУЧИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ*

АЛЕКСАНДР РАМОНОВ

В статье проанализированы здоровье и благополучие людей в возрасте 55 лет и старше в 14 европейских странах с учетом их религиозной принадлежности и религиозной активности на основе данных выборочного обследования, проведенного по единой методологии. Показано, что факторы религиозной принадлежности и активности незначимы в выборке европейских стран в целом и не оказывают влияния на здоровье пожилых людей в моделях Западной и Восточной Европы по отдельности. Сделан вывод, что фактор национальной принадлежности оказывается более существенным для здоровья и благополучия пожилых людей, чем религиозный.

Ключевые слова: католичество, протестантизм, здоровье пожилых людей.

ВВЕДЕНИЕ

Макс Вебер (1864-1920) в своем ставшем классическим исследовании «Протестантская этика и дух капитализма» [Вебер 1990] отмечал, что протестантская этика стала одним из нескольких исторических факторов, способствовавших становлению рационального ведения хозяйства и рационального капитализма в странах Западной Европы. В рамках протестантской этики постепенно обрел силу такой ценностный аспект, как отказ от индифферентного отношения к жизни, существующего в рамках католицизма, становление мирского аскетизма. Другой классик социологии Эмиль Дюркгейм (1858-1917) выделял негативный аспект влияния протестантизма, который выражается в более высокой интенсивности самоубийств среди протестантов, в частности, говорил, что «наклонность протестантов к самоубийству должна находиться в зависимости от того духа свободомыслия, которым проникнута эта религия» [Дюркгейм 1994].

Нормативно-этические основы, заложенные в религии, могут влиять не только на отношение к труду и на практики ведения хозяйства, но и на отношение к собственному здоровью и жизни, которое выражается, в частности, в приверженности здоровому образу жизни, его рационализации с целью поддержания своих тела и разума в здоровом состоянии.

Александр Владимирович Рамонов, Институт демографии Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики». Россия.

E-mail: aramonov@hse.ru. Статья поступила в редакцию в октябре 2014 г.

* Статья подготовлена в рамках проекта Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ «Социально-экономические факторы активного долголетия и государственная политика в отношении пожилых» (2013-2014 гг.).

Эти идеи легли в основу направления эпидемиологии, посвященного изучению специфики смертности, заболеваемости, здоровья и благополучия в целом представителей различных религиозных направлений, исследованию комплексных зависимостей между религией, образом жизни и здоровьем, получившего название «эпидемиология религии» [Levin 1994].

Ряд эмпирических исследований в рамках этого направления посвящен изучению влияния религии и религиозного поведения на смертность и заболеваемость в малых религиозных общинах, характеризующихся высокой вовлеченностью их членов в религиозную деятельность [Jenkins 1971; Comstock, Partridge 1972; Byrd 1988; Troyer 1988].

Другие исследования посвящены выявлению объяснительных механизмов влияния религиозного фактора на заболеваемость (в частности, гипертонию) [Levin, Vanderpool 1989; Levin 1996], поиску ответа на вопрос: «Как религиозность может «проникать» в системы организма и влиять на жизненно важные функции», каковы опосредующие механизмы ее влияния?». Было выявлено, что не только поведенческие (образ жизни), но и психоэмоциональные (стресс, общий уровень эмоционального благополучия, уровень счастья) факторы, значения которых различны у сторонников разных религиозных направлений, оказывают влияние на заболеваемость и здоровье.

Ряд исследований направлен на изучение влияния религии на здоровье и активность пожилых людей, в частности показано, что следует осторожно интерпретировать различия в здоровье пожилых в различных религиозных группах ввиду эффекта селекции (сами показатели религиозной активности могут выступать одним из индикаторов общего здоровья, уровня повседневной активности и благополучия) [Levin, Vanderpool 1987; Levin 1989; Witter et al. 1985; Koenig 1990].

Население старше трудоспособного возраста в условиях старения оказывает все большую нагрузку на социальные системы: это, как правило, люди, среди которых распространены хронические заболевания и проблем со здоровьем, ограничивающих повседневную активность, довольно значительна. Актуальность настоящего исследования в том, что для анализа многостороннего влияния религии на здоровье с учетом межстрановой специфики использован широкий набор стран и показателей здоровья и благополучия пожилого населения. Выделены 3 группы факторов благополучия пожилых людей: 1) страновая принадлежность и общий уровень социально-экономического развития и благополучия исследуемых стран; 2) религиозная структура исследуемых стран (доли представителей определенных деноминаций в общей структуре); 3) религиозная активность. Среди многообразия рассмотренных эффектов здоровья пожилых выделен именно фактор религиозной принадлежности в отношении католичества и протестантизма, получен ответ на вопрос, является ли он значимым.

ДАнные И ПОКАЗАТЕЛИ

В исследовании использованы данные международного обследования здоровья, здорового образа жизни и уровня доверия к врачам [ISSP 2011]¹. Обследование проведено по единым вопросам и методологии построения выборки (индивидуальная, репрезентирующая все население) в 29 странах, включая Южную Корею, Южную Африку, Филиппины и Россию. Обследование проводится на регулярной основе в странах мира, его анкета включает как общие блоки вопросов об образовании и уровне жизни респондентов, так и специальные тематические: в 2011 г. это был блок вопросов о здоровье (со слов респондента) и об уровне доверия к врачам и к работе системы здравоохранения.

Для целей настоящего исследования выбраны представители четырнадцати стран Западной и Восточной Европы (таблица 1), выборки которых включают как католиков, так и тех, кто придерживается направлений протестантизма. В качестве нижней границы пожилого населения использован возраст 55 лет для обоих полов.

В анализ не включены европейские страны с нулевыми значениями представленности католиков и протестантов в выборке 55+: Финляндия (католики), Болгария (католики), Хорватия (протестанты).

Таблица 1. Объемы выборок лиц в возрасте 55 лет и старше в 14 взятых для анализа странах (в скобках даны общепринятые в Европе аббревиатуры их названий), чел.

Страна	Мужчины	Женщины	Всего
Бельгия (BE)	580	651	1231
Чехия (CZ)	285	340	625
Дания (DK)	241	237	478
Франция (FR)	716	785	1501
Германия (DE)	346	331	677
Литва (LT)	166	275	441
Нидерланды (NL)	357	394	751
Польша (PL)	183	259	442
Португалия (PT)	187	267	454
Словакия (SK)	233	288	521
Словения (SI)	158	257	415
Швеция (SE)	237	264	501
Швейцария (CH)	235	228	463
Великобритания (GB)	175	201	376

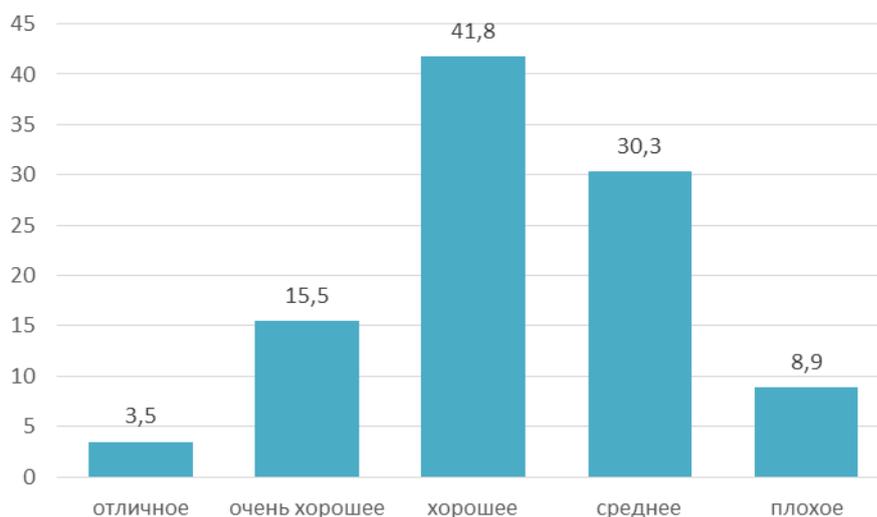
Источник: [ISSP 2011].

Цель настоящего исследования – на примере католиков и протестантов оценить влияние религиозной принадлежности и религиозной активности на здоровье и благополучие пожилых людей в европейских странах с учетом различий в религиозном составе их населения. Для этого сначала выделены группы стран со схожим уровнем социально-экономического развития, затем в каждой из них построены регрессионные модели факторов общего благополучия пожилых людей, в число которых входят религиозная принадлежность и религиозная активность.

¹ Доля ответивших при обследовании - от 33% в Нидерландах до 85% в Южной Африке, 48% в России.

Описание независимых переменных

Зависимой переменной в рамках модели бинарной логистической регрессии во всех моделях выступил факт оценки собственного здоровья в целом как плохого (использована альтернатива «Плохое» из 5 вариантов ответа: «Отличное», «Очень хорошее», «Хорошее», «Среднее», «Плохое» - см. рисунок), который, как выявлено в результате предыдущих исследований, соответствует более высокому риску смерти [Idler, Benyamini 1997].



Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете собственное здоровье в целом?» среди лиц в возрасте 55 лет и старше в 14 европейских странах (N=8737), %

В качестве независимых переменных использован ряд сопоставимых между странами показателей, характеризующих:

1. социальный статус (уровень образования, положение на рынке труда) – подробнее см. далее;
2. религиозную принадлежность;
3. религиозную активность;
4. некоторые специфические показатели здоровья и здорового образа жизни людей в возрасте 55 лет и старше (индекс массы тела, регулярные физические упражнения по утрам).

В моделях учитывается пол и возраст.

Для использования в модели бинарной логистической регрессии переменные, содержащие в качестве альтернатив более двух вариантов ответа, перекодированы в бинарные.

В качестве индикаторов социального статуса и образа жизни пожилых использованы уровень образования (рассматривалась доля людей, имеющих образование выше среднего специального², распространенность которого среди лиц в возрасте 55 лет и старше в 14 европейских странах в 2011 г. составила 19%) и основной род занятий на момент опроса. Анкета обследования ISSP содержала ряд альтернатив ответа на вопрос об основной

² Использована международная сопоставимая шкала уровней законченного образования.

деятельности. Согласно распределению ответов на вопросы анкеты, в 2011 г. в 14 странах среди респондентов в возрасте 55 лет и старше 24% сохраняли позиции на ранке труда, 64% являлись пенсионерами. На основе полученных ответов сформирована переменная «Имеет ли опрашиваемый на момент опроса оплачиваемую работу или нет». Поскольку в возрасте 55 лет многие еще продолжают трудовую деятельность (не является официальной границей прекращения трудовой деятельности во всех использованных в анализе странах), это состояние оценивалось только для возрастов 65+. В данной возрастной группе его распространенность составила 3,7%.

Для оценки религиозной принадлежности и активности в анкете обследования выбраны соответствующие вопросы: о религиозном направлении, которого придерживается респондент (католик или представляет направления протестантизма), и о том, как часто он/она посещал(а) церковные службы (или просто ходил(а) в церковь) за последний месяц с вариантами ответа от «Никогда» до «Несколько раз в неделю или чаще». Исходя из ответов на последний вопрос, сформированы 2 группы: те, кто регулярно посещали службы или просто ходили в церковь (раз в неделю или чаще), и те, кто делали это нерегулярно (реже одного раза в неделю) или не делали вовсе. 16% представителей 14 европейских стран в возрасте 55 лет и старше в 2011 г. посещали церковь или ходили на службы раз в неделю или чаще в течение месяца, предшествующего опросу.

Среди специфических показателей здоровья выбран индекс массы тела, рассчитанный на основе роста и массы тела респондента, зафиксированных с его слов. Высокие значения этого индекса (в качестве критических определены значения 30 и выше) говорят о наличии избыточной массы тела, увеличивающей вероятность гипертонии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы. Индикатором здорового образа жизни выступает распределение ответов на вопрос, как часто респондент делает физические упражнения (зарядка, тренировки). Для использования в модели ответы на этот вопрос отнесены к группе 1, если респондент делал физические упражнения 1 раз в неделю или чаще.

В качестве независимых переменных в модель включен возраст (принадлежность респондента к возрастной группе 55-69 лет; контрольная группа – 70+), а также пол (контрольная группа - мужчины).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Построение модельных групп стран

Для построения моделей влияния религиозной принадлежности и активности с учетом социального статуса на оценку собственного здоровья как плохого страны объединены в две крупные группы, близкие территориально и по уровню социально-экономического развития.

В таблице 2 приведена основная информация о сформированных группах стран Западной и Восточной Европы.

Таблица 2. Религиозный состав населения модельных групп стран

Показатель	Группа стран	
	Западная Европа: Швеция, Дания, Великобритания, Германия, Нидерланды, Швейцария, Бельгия, Франция, Португалия	Восточная Европа: Словения, Словакия, Литва, Чехия, Польша
Доля католиков ³ , %	43	73
Доля протестантов, %	27	4
Доля представителей других направлений, включая «отсутствие принадлежности к общепринятым течениям», %	30	23
Объем выборки 55+ ⁴ , чел.	6435	2444

Источник: [ISSP 2011].

В рамках модели Восточной Европы протестантов существенно меньше: доля пожилых респондентов соответствующего вероисповедания составила 4% против 27% в модели Западной Европы.

Факторы оценки собственного здоровья в целом как плохого в общей модели и в отдельных группах стран

В модели как для всех стран, так и отдельно для групп стран Западной и Восточной Европы, учитывалось влияние нюансов оценки собственного здоровья в отдельных странах или их подгруппах. Результаты оценки приведены в таблицах 3а, 3б; для общей модели страновые коэффициенты в таблицах не представлены.

Показатель $E_{\text{р}}(B)$ в таблицах 3а, 3б представляет собой экспоненту коэффициента связи и говорит о силе линейной взаимосвязи. Если он больше 1, можно говорить о положительной связи, т.е. о том, что имеет место негативное влияние соответствующего показателя на здоровье и благополучие; если этот показатель близок к 1, можно говорить об отсутствии линейной связи, но этот показатель нужно интерпретировать только при учете статистической значимости влияния. Показатель Sig. говорит о значимости коэффициентов взаимосвязи. Если он ниже, чем 0,05, то можно говорить о наличии линейной взаимосвязи со степенью уверенности 95%.

При учете страны, параметров образа жизни, как и социально-экономических характеристик, религиозная принадлежность (католичество или протестантизм) и религиозная активность во всех моделях оказались незначимыми для общего здоровья параметрами.

Во всех моделях со степенью уверенности 95% значимо увеличивает вероятность наступления плохого здоровья наличие избыточной массы тела, даже при учете возраста, страновых особенностей и параметра здорового образа жизни. Занятия зарядкой или

³ Показатель рассчитан по отношению к числу ответивших на вопрос о религии.

⁴ Общее число участвовавших в опросе в группе стран.

легкими физическими упражнениями хотя бы раз в неделю положительно значимо влияют на общее самочувствие в общей модели и в Западной Европе. Однако в Восточной Европе этот показатель оказался незначимым при прочих равных условиях.

Таблица 3а. Бинарная логистическая регрессия факторов плохого самочувствия среди лиц в возрасте 55 лет и старше в целом и отдельно в моделях Западной и Восточной Европы

Показатель	14 европейских стран (N=8737; N _{пз} =781)		9 стран Западной Европы (N=6306; N _{пз} = 374)		5 стран Восточной Европы (N=2431; N _{пз} =407)	
	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.	Exp(B)	Sig.
Зарядка хотя бы 1 раз в неделю	0,67	0,001	0,46	0,000	0,88	0,422
Индекс массы тела >30	1,66	0,000	1,53	0,024	1,76	0,000
Наличие оплачиваемой работы в возрастной группе 65+	0,79	0,49	0,84	0,7	0,74	0,593
Наличие высшего образования	0,64	0,02	0,59	0,047	0,72	0,244
Религиозная принадлежность: католики по сравнению с протестантами	0,92	0,681	1,03	0,911	0,79	0,454
Посещение религиозных служб раз в неделю или чаще	0,82	0,121	0,94	0,753	0,77	0,096
Возрастная группа 55-69 лет по сравнению с группой 70+	0,49	0,000	0,58	0,002	0,44	0,000
Пол респондента: женский	1,27	0,039	1,39	0,071	1,17	0,285

Примечание: N_{пз} – число респондентов, определивших состояние своего здоровья как плохое.

Таблица 3б. Эффекты стран

Страны Западной Европы	Exp(B)	Sig.	Страны Восточной Европы	Exp(B)	Sig.
Португалия (PT)	1,91	0,013	Чехия (CZ), Польша (PL), Словакия (SK)	0,38	0,000
Швеция (SE)	0,16	0,002			
Великобритания (GB)	0,69	0,443			
Франция (FR), Швейцария (CH), Бельгия (BE)	0,31	0,000	Словения (SI)	0,52	0,002

Примечания: Эффекты всех стран положительно значимы относительно Литвы на уровне 95%.

Литва (в общей модели и в модели Восточной Европы), а также Дания, Нидерланды, Германия (в модели Западной Европы) не включены программой в таблицу итоговых результатов. Они могут быть использованы как база для сравнения эффектов других стран в соответствующих моделях.

Константа незначима только в модели Восточной Европы.

Страны сгруппированы территориально. Отдельно в модели выступили Португалия, Литва, Словения, Швеция (отсутствие «соседей» в выборке) и Великобритания.

Если говорить о характеристиках социального статуса, то факт продолжения трудовой деятельности (формальной, оплачиваемой) незначим во всех моделях. Это связано с тем, что распространенность оплачиваемой занятости в возрастах 65 лет и старше крайне низка, за этим могут стоять не столько объективные нарушения в активности в этой возрастной группе, сколько институциональные барьеры. Наличие законченного высшего образования не влияет на вероятность оценки собственного здоровья как плохого в Восточной Европе в отличие от двух остальных моделей.

В рамках модели Западной Европы в Португалии - на фоне других западноевропейских стран - среди пожилых наблюдается «эффект негативных ожиданий» по отношению к собственному здоровью. Как выявлено в результате предыдущих исследований, тот же эффект характерен для другой страны Южной Европы – Испании. Однако в этой стране он вызван особенностями интерпретации категорий ответа на соответствующий вопрос [Рамонов, Вишневецкий 2012]. Исключительное положение Португалии на фоне других стран Западной Европы (заметное даже при контроле демографических показателей, социально-экономических параметров и других показателей здоровья) заслуживает внимания со стороны как научного сообщества, так и политических организаций в рамках ЕС.

В предыдущих исследованиях показано, что, хотя пожилые женщины в среднем проживают дольше мужчин, доля жизни, проживаемая с плохим здоровьем, у них существенно выше; особенно этот феномен характерен для стран Восточной Европы и России [Андреев и др. 2014]. Включение пола в модели показало, что пол незначим в моделях Западной и Восточной Европы со степенью уверенности 95%. Это значит, что более негативная оценка собственного здоровья женщинами по сравнению с мужчинами объясняется другими параметрами, включенными в модели. Возраст оказался положительно значимым для общего самочувствия параметром во всех моделях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате работы на основе использования данных международного обследования, проведенного по единому вопроснику и схожему дизайну в странах с различной религиозной структурой населения, показано, что религиозная принадлежность и частота посещения служб католиками и протестантами не могут рассматриваться как значимо положительные факторы общего здоровья и благополучия пожилых людей. Более существенны и значимы различия в национальной принадлежности и/или стране проживания на момент обследования, а также различия в объективном состоянии организма (в частности, выражающемся в отсутствии/наличии избыточной массы тела) и образе жизни, направленном на поддержание здоровья и хорошего самочувствия. Регулярные физические упражнения положительно повлияли на уровень общего здоровья и благополучия как в целом, так и в странах Западной Европы, чего нельзя сказать о характеристиках религиозной принадлежности. Влияние страновой принадлежности избирательно: наблюдается всплеск плохого здоровья среди людей возраста 55 лет и старше в Португалии на фоне других стран Западной Европы. Литва выделяется негативно оцениваемым здоровьем среди пожилых на фоне как других стран Восточной Европы, так и всех остальных европейских стран, которые были включены в проведенный анализ.

ЛИТЕРАТУРА

Андреев Е.М., Е.А. Кваша, А.В. Рамонов, Т.Л. Харькова (2014). Смертность и продолжительность жизни / Население России 2012: двадцатый ежегодный

- демографический доклад / Отв. ред.: А.Г. Вишневский. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ: 239-308.
- Вебер М. (1990). Протестантская этика и дух капитализма / М. Вебер Избранные произведения / Пер. с нем. М.: Прогресс: 61-135.
- Дюркгейм Э. (1994). Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр. М.: Мысль: 399.
- Рамонов А.В., А.Г. Вишневский (2012). Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России и в четырех странах ЕС в 2007 году // Вопросы статистики. 11: 50-60.
- Byrd R.C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population // *Social Science and Medicine*. 81: 826-829.
- Comstock G.W., K.B. Partridge (1972). Church attendance and health // *J. Chron. Dis.* 25: 665-672.
- Idler E.L, Y. Benyamini (1997). Self-Rated Health and mortality: a review of twenty-seven community studies // *J Health Soc Behav.* 38(1): 21-37.
- ISSP (2011). International Social Survey Programme: Health and Health Care 2011. URL: <http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/health/2011>.
- Jenkins C.D. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease // *N. Engl. J. Med.*: 284, 244-255, 307-317.
- Koenig H.G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary // *J. Geriatric Psychiat.* 23: 23-53.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion // *Social Science and Medicine*. 24: 589-600.
- Levin J.S. (1989). Religious factors in aging, adjustment, and health: A theoretical overview // W. M. Clements, ed. *Religion, Aging and Health: A Global Perspective*. New York: The Haworth Press: 133-146.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? // *Social Science and Medicine*. 29: 69-78.
- Levin J.S. (1994). Religion and Health: is there an association? Is it valid, and is it causal? // *Social Science and Medicine*. 38: 1475-82.
- Levin J.S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance // *Social Science and Medicine*. 43: 849-864.
- Troyer H. (1988). Review of cancer among 4 religious sects: Evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors // *Social Science and Medicine*. 26: 1007-1017.
- Witter R.A., W.A. Stock, M.A. Okun, M.J. Haring (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis // *Rev. Religious Res.* 26: 332-342.

CATHOLICISM OR PROTESTANTISM? HEALTH AND WELL-BEING OF THE ELDERLY WITH VARIOUS RELIGIOUS BACKGROUND IN EUROPE*

ALEXANDER RAMONOV

ALEXANDER RAMONOV. INSTITUTE OF DEMOGRAPHY, NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS. E-MAIL: aramonov@hse.ru. DATE RECEIVED: NOVEMBER 2014.

On the basis of an international survey, the article analyzes the health and well-being of the elderly (55+) of different religious background in 14 European countries. Religious affiliation and activity are shown to have an insignificant influence on the health of the elderly both within European countries on the whole and within Western and Eastern countries separately. It is concluded that country origin is more significant than religious affiliation and activity.

Key words: catholicism, protestantism, health of the elderly

* THE ARTICLE IS PREPARED WITHIN THE BASIC RESEARCH PROGRAM AT THE NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS (HSE) «SOCIO-ECONOMIC FACTORS OF ACTIVE AGEING AND POLICY PLANNING» (2013-2014).

REFERENCES

- Andreev E.M., A.V. Ramonov, E.A. Kvasha, T.L. Kharkova (2014). Smertnost' I prodolzhitel'nost' zhiz'ni [Mortality and life expectancy] // A.G. Vishnevsky, ed. Naselenie Rossii 2012: dvadcatyi ezhegodnyi demographicheskii doklad [Population of Russia 2012: Twentieth annual demographic report]. M.: Izdatelskiy dom NRU HSE: 239-308.
- Byrd R.C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population // *Social Science and Medicine*. 81: 826-829.
- Comstock G.W., K.B. Partridge (1972). Church attendance and health // *J. Chron. Dis.* 25: 665-672.
- Durkheim E. (1994). Samoubiystvo: Sociologicheskiiy etud [Suicide: A sociological study]/ Translated from French. M.: Mysl': 399.
- Idler E.L, Y. Benyamini (1997). Self-Rated Health and mortality: a review of twenty-seven community studies // *J Health Soc Behav.* 38(1): 21-37.
- ISSP (2011). International Social Survey Programme: Health and Health Care 2011. URL: <http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/health/2011>.
- Jenkins C.D. (1971). Psychologic and social precursors of coronary disease // *N. Engl. J. Med.* 284, 244-255, 307-317.
- Koenig H.G. (1990). Research on religion and mental health in later life: A review and commentary // *J. Geriatric Psychiat.* 23: 23-53.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health? Toward an epidemiology of religion // *Social Science and Medicine*. 24: 589-600.

- Levin J.S. (1989). Religious factors in aging, adjustment, and health: A theoretical overview // W. M. Clements, ed. *Religion, Aging and Health: A Global Perspective*. New York: The Haworth Press: 133-146.
- Levin J.S., H.Y. Vanderpool (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? // *Social Science and Medicine*. 29: 69-78.
- Levin J.S. (1994). Religion and Health: is there an association? Is it valid, and is it causal? // *Social Science and Medicine*. 38: 1475-82.
- Levin J.S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance // *Social Science and Medicine*. 43: 849-864.
- Ramonov A.V., A.G. Vishnevsky (2012). Ozhidaemaia prodolzhitel'nost' zdorovoy zhiz'ni v Rossii i v chetyreh stranah ES v 2007 godu [Healthy life expectancy in Russia and four EU countries in 2007] // *Voprosy statistiki*. 11: 50-60.
- Troyer H. (1988). Review of cancer among 4 religious sects: Evidence that life-styles are distinctive sets of risk factors // *Social Science and Medicine*. 26: 1007-1017.
- Weber M. (1990). *Protestantskaia etika I duh kapitalisma* [The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism] // M. Weber. *Izbrannye proizvedeniya* [Selected Works] / Translated from German. M.: Progress: 808.
- Witter R.A., W.A. Stock, M.A. Okun, M.J. Haring (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis // *Rev. Religious Res*. 26: 332-342.

О ДЕМОГРАФИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ СТРАН БРИКС

Заметки с Цивилизационного форума «Перспективы и стратегические приоритеты восхождения БРИКС»

АЛЕКСАНДР ТКАЧЕНКО

В статье рассмотрены итоги Цивилизационного форума «Перспективы и стратегические приоритеты восхождения БРИКС», на котором обсуждался доклад к предстоящему в 2015 г. в Уфе VII саммиту стран БРИКС. Автор остановился на двух проблемах, занявших основное место в изданном докладе и выступлениях: демографического прогноза по странам БРИКС до 2100 г. и идеи противопоставления нисходящей (западной) и восходящей (восточной) цивилизаций. Модели роста численности населения, представленные на форуме, носят слишком условный характер, не касаются миграции и содержат рекомендации правительствам двух крупнейших стран мира. Индии угрожает возможность превысить экологически допустимую ёмкость территории при сохранении существующих темпов прироста населения. Китаю, напротив, необходимо, увеличить рождаемость для решения проблемы старения населения и уменьшения доли трудоспособного населения после 2050 г. Эти и ряд других идей доклада противоречат, по мнению автора статьи, современным идеям демографической науки.

Ключевые слова: БРИКС как геоцивилизационный союз, демографические прогнозы, мировые цивилизации, ожидаемая продолжительность жизни, геополитический потенциал, человеческий капитал, производительность труда.

17 декабря 2014 г. в Москве (зал Ученого совета в Научной библиотеке МГУ им. М.В. Ломоносова) состоялся IX Цивилизационный форум «Перспективы и стратегические приоритеты восхождения БРИКС», который собрал представителей всех стран этой группы для обсуждения доклада к предстоящему в 2015 г. в Уфе (Башкортостан, Россия) ежегодному VII Саммиту стран БРИКС. Доклад издан в виде фундаментальной монографии с тем же названием, в создании которой принимал участие большой коллектив ученых России [Перспективы... 2014].

Помимо МГУ, в основном в лице факультета глобальных процессов, в организации форума приняли участие 4 научных института (Институт экономических стратегий, Международный институт Питирима Сорокина – Николая Кондратьева, Институт Латинской Америки РАН, Институт Дальнего Востока РАН) и Национальный комитет по исследованию БРИКС. Форум был организован таким, скажем, особым образом, что в обсуждении доклада принимали участие только сами его авторы.

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ ТКАЧЕНКО, ФИНАНСОВЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ РФ. РОССИЯ.
E-MAIL: AATkachenko@fa.ru

Статья поступила в редакцию в декабре 2014 г.

Форум и его результаты не могут не привлечь внимание демографов-профессионалов и всех интересующихся демографическими проблемами по нескольким причинам. Во-первых, как основной научный доклад, изданный в виде книги, так и основной устный доклад «Математическое моделирование и прогнозирование динамики стран БРИКС до 2050 года», с которым выступил иностранный член РАН А.А. Акаев, содержали прогнозы демографической динамики мирового населения и населения стран БРИКС. Во-вторых, многие выступавшие на форуме говорили о демографических проблемах своих стран, успешности или не успешности демографической политики (как по ограничению рождаемости, так и пронаталистской), и их взгляды заслуживают внимания специалистов. В-третьих, само необычное объединение стран под названием «БРИКС» состоит из крупнейших государств мира или соответствующих континентов: крупнейшей страны Латинской Америки (Бразилия, около 200 млн человек), крупнейшей европейской страны (Россия, 144 млн), самой небольшой по населению из стран группы и пятой по численности населения Африки (Южно-Африканская Республика, 53 млн) и двух крупнейших стран мира и Азии (Китай и Индия, 1367 и 1278 млн человек соответственно). Стоит подчеркнуть, что на форуме также присутствовал и выступил посол Индонезии в РФ, большой по численности населения страны Азии (четвертая страна мира по численности населения – 253 млн человек), добившейся значительного прогресса в снижении рождаемости, который, подчеркнув роль Азии в целом в мировом развитии, сказал, что его страна с большим интересом смотрит на демографический опыт таких стран БРИКС, как Индия и Китай.

Каков же этот опыт? В своем докладе академик Акаев говорил о стабилизации численности населения Земли около 2050 г. (9,1 млрд человек) по одному сценарию или ее снижении до 5,2 млрд человек к 2050 г. с дальнейшей стабилизацией численности по-другому. Было сказано о лимите демографической емкости Земли или биосферы, а по отношению к Китаю и Индии докладчик говорил о необходимости рассматривать пределы численности населения этих стран в соответствии с лимитом экологической емкости. Как ни удивительно, отечественная группа исследователей, как в МГУ, так и в институтах РАН, не уделяет должного внимания популяционно-демографической емкости нашей планеты в целом и как понятию, которое позволяет связать емкости территорий, оптимальную численность населения (демографический оптимум), популяционную емкость среды обитания (по отношению к человеку) и другие близкие понятия [Демографическая энциклопедия 2013: 280]. Политику, проводимую Китаем, докладчик назвал грамотной, а Индией – неудачной. К сожалению, регламент форума не предусматривал вопросов докладчикам и какой-либо дискуссии, поэтому осталось нераскрытым, что же понимать под грамотной политикой: жесткие экономические санкции по отношению к нарушившим предел числа детей в городской семье до 2011 г. или новую более мягкую политику китайского правительства, начиная с 2007 г. и особенно с 2013 г.? Будущее человечества, в том числе стран БРИКС, по мнению Акаева, будет определять динамика двух индикаторов: демографического (численность населения) и производительности труда; делая этот вывод, академик Акаев сослался на работы Дж. О'Нила.

В свое время термин «страны БРИК» появился с целью выделения лидеров роста и крупнейших по объему ВВП стран мира в сравнении с другими мировыми экономическими

центрами (США, Евросоюзом и Японией). На саммите в Китае (2010 г.) к этим быстрорастущим экономикам присоединилась Южно-Африканская Республика, и объединение превратилось в БРИКС.

Теперь БРИКС – это 45% населения планеты, половина всего мирового прироста ВВП в XXI веке и более четверти его мирового объема. Но в докладе [Перспективы... 2014] эти страны рассматриваются прежде всего не с точки зрения их экономических позиций в глобальной экономике, а как гецивилизационное объединение нового типа. По мнению авторов доклада, БРИКС не может содействовать воссозданию биполярной структуры мира. Значительная противоречивость содержится, на наш взгляд, в новом «цивилизационном» подходе авторов к проблемам глобального мира и месту в нем стран БРИКС. С одной стороны, они считают, что правы исследователи, подчеркивающие, что страны БРИКС – это разные социально-экономические модели и разные цивилизации [Перспективы... 2014:46], а с другой – утверждают, что «исторический маятник» в XXI веке сохранит и усилит движение на восток и называют Восток в целом восходящей цивилизацией. «Демографические, природно-ресурсные и экономические преимущества Востока со временем будут дополнены технологическими и социокультурными и обеспечат геополитические преимущества» [Перспективы... 2014:107]. При этом из 12 выделенных авторами цивилизаций семь относятся к восходящим (объединяя их термином «восточная»), а пять – к нисходящим цивилизациям – «западная».

Все классики цивилизационных исследований выделяли китайскую (синскую), индуистскую и исламскую цивилизации независимо от их общего числа: от 7-8 у С. Хантингтона до 23 у А. Тойнби. О какой цивилизации в таком случае идет речь в парадигме «восхождения» восточной цивилизации и нисходящей цивилизации Запада? Можно ли в едином гецивилизационном пространстве, как выражаются авторы доклада, объединять мусульманскую Индонезию и синский Китай? Но самый каверзный вопрос, на который никаких ответов пока не прозвучало: а где место России в этой парадигме «восходящих – нисходящих» цивилизаций? Чем Россия ближе к Востоку по сравнению с Польшей, которую авторы относят к восточноевропейской нисходящей цивилизации Запада? Если брать за основу концепт Л.Н. Гумилева, то Россия, прошедшая тысячелетний путь развития, есть цивилизация умирающая. Тем более что и по одному из двух показателей, на примере которых авторы решили рассмотреть тенденции демографической динамики, Польша к 2050 г. потеряет меньше населения, чем Россия. В целом раздел демографической динамики представляется весьма уязвимым не столько по причине анализа, основанного лишь на динамике общей численности населения и среднем возрасте, сколько по выводам, основанным на прогнозах изменения этих показателей в 2050-2100 гг. Почти ежегодная корректировка прогнозов ООН (World Population Prospects) показывает зыбкость столь долгосрочных прогнозов, и не исключено, что, дожив до 2020 г., авторы обнаружат, что выводы на основе прогноза пересмотра 2020 г. окажутся совсем другими, нежели выводы, сделанные на основе пересмотра 2012 г. (2012 Revision).

Вернемся к устным выступлениям авторов доклада. А.В. Коротаев (Институт востоковедения РАН) в своем докладе о математическом моделировании и сценарном прогнозировании демографического будущего России остановился на переломе тенденций в демографической ситуации, которые позволили изменить прогноз численности населения

страны со 100 млн (прогноз середины 2000-х годов) до 130 млн человек (прогноз 2013 г.) в 2050 г. Этот перелом он связывает с демографической политикой, проводимой с 2005 г., правда, временами он называет ее семейной политикой, видимо не чувствуя различий этих двух политик. После 2005 г. Российская Федерация достигла, по мнению автора, «колоссальных успехов» в снижении смертности. При этом автор анализировал только общий коэффициент смертности и даже позволял себе применять его при сравнении с другими странами БРИКС, несмотря на огромные различия в возрастной структуре. Особенно неожиданным оказался общий вывод докладчика, что снижение смертности произошло «почти исключительно» за счет роста ожидаемой продолжительности жизни. А.В. Коротаев выступает также автором раздела 4.2. письменного доклада «Опыт прогноза развития стран БРИКС» [Перспективы... 2014:260-276], посвященного только двум составляющим в каждой стране: демографическому и экономическому прогнозам. Первый дается только по общей численности населения и опирается на анализ динамики суммарного коэффициента рождаемости – СКР (не по всем странам) по 2010 г., второй – только по ВВП. Автор считает, что, хотя Бразилия только недавно завершила демографический переход (нам это не представляется точным, исходя из уровня младенческой смертности, по которому Бразилия даже «опережает» Китай: 13,9 на тысячу новорожденных по сравнению с 12,6), СКР уже опустился «ниже уровня простого замещения поколений» [Перспективы... 2014:260]. Это автор считает самой серьезной проблемой в не столь отдаленном будущем и поэтому предлагает руководству Бразилии предпринять целенаправленные меры по поддержке рождаемости. Подобное предложение (отказ от ограничения рождаемости) дается в главе и по Китаю на том основании, что при сохранении нынешних тенденций убыль численности трудоспособного населения (вероятно, автор имеет в виду население трудоспособного возраста) составит к 2100 г. 400 млн человек. Также нам непонятно, почему для страны, взрослое население которой составляет около 1 млрд человек, 30 млн возможных по прогнозу к 2025 г. «безнадежных холостяков» нужно называть астрономической цифрой [Перспективы... 2014: 274]. СКР в Китае автором не рассматривается, хотя там он ниже, чем во всех странах БРИКС, кроме России. По ЮАР демографический и экономический прогнозы объединены, а прогноз динамики численности населения дается почему-то не по данным ООН, а «по Капице» [Перспективы... 2014: 277]. Демографический прогноз по Индии дает два сценария ООН (верхний и средний), а также «Иранский сценарий». Среди идей самого автора стоит выделить одобрение снижения СКР ниже уровня простого воспроизводства для «преодоления колоссальной демографической инерции, накопленной на первой фазе демографического перехода» [Перспективы... 2014:270].

И, наконец, Россия. Здесь автор прибегает к собственным (с соавторами) прогнозам, учитывающим не только рождаемость и смертность, но и миграцию. За оптимальный сценарий почитается рост рождаемости, приводящий к росту численности населения почти до 155 млн человек. И на этом основании автор делает вывод, что «цена принимаемых сегодня решений – это **жизни** более 50 млн наших соотечественников» [выделено автором - А.Т.]. Это очередное заблуждение недемографов (правда, его разделяют, к сожалению, и некоторые «демографы»), которые относят аборт или детей, не рожденных по вынужденным обстоятельствам (кризис, резкое ухудшение условий жизни семьи, падение уровня жизни всего населения или молодых семей и др.) к якобы реальным потерям

населения, приравнивая нерождение к смерти человека. И в устном, и в письменном докладах автор часто говорит о сверхсмертности населения, не указывая конкретно, что он имеет в виду. Этот термин, введенный в отечественную науку Б.Ц. Урланисом [Демографическая энциклопедия 2013: 873], имел вполне конкретный смысл: речь шла о повышенной смертности мужчин, особенно трудоспособного возраста, по сравнению с женщинами. Автор, по-видимому, имеет в виду что-то иное, он ни разу не упоминает, что речь идет о мужском населении, просто говорит о сверхсмертности в России и о возможном приросте населения, связанном с ее возможной ликвидацией.

С.Ю. Малков (Институт экономики РАН, факультет глобальных процессов МГУ) на примере Японии рассмотрел стадии индустриального и демографического развития, а затем перенес эти закономерности на страны БРИКС. По его мнению, страны БРИКС идут за западными странами, догоняют их. На основе концептуальных положений теории демографического перехода докладчик предложил выделить страны периферии, отличительной особенностью которых являются низкие темпы демографического (именно так – на первом месте) и экономического развития. В странах БРИКС, по его мнению, произошла «локальная глобализация». Не совсем понятно, что при этом имеется в виду, так как эти страны являются географически оторванными друг от друга (кроме Китая и России) и входящими в другие интеграционные объединения, которые не мешают, а способствуют их все большему вовлечению в процессы глобализации.

Весьма интересной оказалась постановка вопроса в выступлении А.И. Агеева (генеральный директор Института экономических стратегий), также одного из авторов письменного доклада. Как бы переключаясь с выступлением А.В. Коротаяева, который главной причиной высокой смертности в России считает высокую алкоголизацию ее населения (об этом много и плодотворно писал А.В. Немцов), он подчеркнул, что уровень смертности зависит и от низкого уровня жизни, и от большой доли населения, живущего за чертой бедности, относя эту постановку вопроса в первую очередь к России. В этой связи он задал вполне правомерный вопрос: кто мы в процессе будущего восхождения цивилизации Востока? Приходится еще раз сожалеть об отсутствии дискуссии на столь дискуссионном форуме, где авторы общего доклада не имеют единой точки зрения. В то же время это свидетельствует, на наш взгляд, о больших возможностях отечественных научных школ внести свой вклад в анализ и поиск наиболее подходящих моделей развития стран БРИКС, которые, разумеется, будут оставаться разными в демографическом, социальном, экологическом отношениях еще длительное время, несмотря на устойчивый (кроме России и ЮАР) рост ВВП.

Все выступающие (например, кроме уже названных, Д.К. Чистилин, С.Ю. Глазьев, А.В. Островский - последний предложил принять государственную программу развития талантов) говорили о показателе ожидаемой продолжительности жизни только в среднем, не понимая важности или не упоминая о больших различиях между этим показателем у мужского и женского населения не только России, но и других стран БРИКС. Даже в Китае, где полвека назад ситуация была противоположной, разрыв между этими показателями в последнее межпереписное десятилетие возрос, о чем свидетельствуют опубликованные в Китае данные (таблица).

Ожидаемая продолжительность жизни, рассчитанная с использованием данных трех переписей населения

Год	Китай		Пекин		Шанхай		Чунцин	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
1990	66,84	70,47	71,07	74,93	72,77	77,02	-	-
2000	69,63	73,33	74,33	78,01	76,22	80,04	69,84	73,89
2010	72,38	77,37	78,28	82,21	78,20	82,44	73,16	78,60

Источник: [China Statistical Yearbook 2013]

В заключение можно отметить, что демографическая составляющая является, без сомнения, «ахиллесовой пятой» российских исследователей стран БРИКС, поэтому ученые-демографы должны внести свой вклад в эти исследования, тем самым показав вполне достойный уровень отечественной демографии.

ЛИТЕРАТУРА

Демографическая энциклопедия (2013) / Гл. ред. А.А. Ткаченко. М.: ООО "Издательство "Энциклопедия".

Перспективы и стратегические приоритеты восхождения БРИКС (2014). Научный доклад к VII саммиту БРИКС / Под редакцией В. А. Садовниченко, Ю.В. Яковца, А.А. Акаева. М.: МИСК-ИНЭС-НКИ БРИКС.

China Statistical Yearbook (2013). National Bureau of Statistics of China. URL: <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2013/indexeh.htm> (дата обращения: 01.09.2014).

ON DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT OF THE BRICS COUNTRIES

Notes from the Civilizational Forum "Perspectives and strategic priorities for BRICS ascension"

ALEXANDER TKACHENKO

ALEXANDER TKACHENKO, FINANCIAL UNIVERSITY UNDER THE GOVERNMENT OF THE RUSSIAN FEDERATION, RUSSIA.
E-MAIL alaltkachenko@gmail.com; AATkachenko@fa.ru

DATE RECEIVED: DECEMBER 2014.

The article looks at the results of the Civilizational Forum "Perspectives and strategic priorities for BRICS ascension", which discussed a report for the upcoming 7th BRICS summit in 2015 in the city of Ufa, Russia. The author focuses on the two main issues of the published report: (1) the demographic forecast for the BRICS countries up to 2100, and (2) the idea of an opposition between the civilizations of the declining West and the rising East. The models of population growth presented at the Forum are too provisional, do not take into account migration and yet provide recommendations to the governments of the two largest countries in the world. According to the report, the main threat to India is that of exceeding the ecological capacity of its territory if the current rate of population growth is sustained. China, on the contrary, must increase its fertility if it is to solve the problems of population ageing and the consequent drop in the share of the workforce after 2050. These and some other ideas of the report, in the author's opinion, contradict contemporary concepts of demographic science.

Key words: BRICS as a geocivilizational union, population forecast, world civilizations, life expectancy, geopolitical potential, human capital, labor productivity.

REFERENCES

- China Statistical Yearbook (2013). National Bureau of Statistics of China. URL:
<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2013/indexeh.htm> (date accessed: 01.09.2014).
- Demograficheskaya entsiklopediya [Demographic Encyclopedia] (2013) / A. Tkachenko, eds.
M.: OOO "Izdatel'stvo "Entsiklopediya".
- Perspektivy i strategicheskiye priority vskhozhdeniya BRIKS [Prospects and strategic priorities for the rise of the BRICS] (2014). Nauchnyy doklad k VII sammitu BRIKS [Scientific report to the VII summit of BRICS] / V. A. Sadovnichiy, Yu.V. Yakovets, A.A. Akayev, eds. M.: MISK-INES-NKI BRIKS.

«БЫТЬ «АРАБОМ» ВО ФРАНЦИИ»*

Юлия Флоринская

Книга антрополога и социолога Екатерины Деминцевой «Быть арабом во Франции» написана по материалам собственных наблюдений и интервью, проведенных автором в 2000-2004 гг. среди проживающих во Франции выходцев из стран Магриба (Алжира, Туниса и Марокко). Кроме того, книга опирается на огромный библиографический материал (в списке 165 книг и статей), позволивший автору подробно осветить историю появления магрибинцев во Франции, этапы формирования магрибинской диаспоры, а также изменения интеграционной и иммиграционной политики французского государства на протяжении последних 100 лет. Заметим, что исследование проводилось еще до известных событий осени 2005 г., когда в результате беспорядков в парижских предместьях внимание всего мира оказалось прикованным к проблемам жизни иммигрантов во Франции. Тем не менее собранный в книге материал отчасти позволяет понять причины и движущие силы происходивших беспорядков.

Главные герои книги и респонденты Екатерины Деминцевой – так называемые «бёры», представители второго (или даже третьего) поколения выходцев из стран Магриба (дети, родившиеся во Франции, в основном имеющие французское гражданство, представители самых разных социальных слоев: безработные, студенты, рабочие, служащие в возрасте от 19 до 35 лет). Книга построена вокруг двух центральных тем: интеграция иммигрантов и социализация их детей на фоне взаимоотношений с французским обществом, а также развитие ислама внутри магрибинского сообщества.

Автор дает нам возможность пристальнее взглянуть в собирательный образ «араба», за которым часто не видится разнообразие тех, кто скрывается за этим понятием. Это могут быть вовсе не арабы, а, например, берберы (среди берберских народов во Франции шире всего представлены кабилы – выходцы из Алжира; знаменитый их представитель – футболист Зинедин Зидан); они могут быть выходцами из разных стран (Алжира, Туниса, Марокко), имеющими не так много общего между собой, как кажется на первый взгляд европейцам. Общие у них, главным образом, проблемы, одна из основных – интеграция во французское общество, которое, как показывает автор, не всегда настроено принять новых граждан в свою среду. Особенно это касалось первого поколения иммигрантов, которых пригласили исключительно как рабочую силу, не претендующую «на какой-либо статус в обществе».

Юлия Фридриховна Флоринская, Институт социального анализа и прогнозирования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. Россия. E-mail: jflorin@yandex.ru

Статья поступила в редакцию в сентябре 2014 г.

* Е. Деминцева. «Быть «арабом» во Франции». М.: Новое литературное обозрение, 2008. 192 стр.

«Магрибинское сообщество воспринималось не только как нечто чуждое принимающему обществу, но и стоящее на ступень ниже самих французов» (с.33). Впрочем, и сами иммигранты первого поколения подчас не стремились «вписаться» во французское общество: «для большинства иммигрантов речь шла лишь о смене места обитания, смене территории, но никак не традиций» (с.35). Они продолжали жить во Франции как у себя дома. И лишь меньшинство пыталось активно учить язык, давать образование своим детям, отказываться от своего привычного образа жизни в пользу принятого во Франции.

Неудивительно, что при таком подходе к интеграции с двух сторон (и принимающего сообщества, и самих магрибинцев) проблемы не исчезли и у второго поколения иммигрантов, хотя их стратегии интеграции стали значительно разнообразнее. Как итог исследования Екатерина Деминцева предлагает нам свою типологию групп, существующих внутри сообщества молодых магрибинцев, каждая из которых претендует на «особое место во французском обществе» (с.161). Типология достаточно условна, границы между группами в действительности, вероятно, значительно более размыты, чем представлено в книге, тем не менее спектр интеграционных стратегий увидеть можно. Автор выделяет три основные группы «новых» французских граждан: «граждане окраин», «приспособленцы» (не очень удачное название, на мой взгляд) и «космополиты».

Первая группа («граждане окраин») - это граждане Франции, идентифицирующие себя, в первую очередь, со своим кварталом, где живут исключительно выходцы из стран Магриба, где прошло их детство, связывающие и свое будущее именно с «этой Францией». Оставаясь в своих районах, под влиянием своей семьи и окружающего мира, они в то же время не готовы воспринимать себя как иммигрантов, что было характерно для их родителей. Им не нравится жить в бедности, они не готовы работать на заводах в тяжелых условиях, как их отцы, но и не получают образования, чтобы прервать эту традицию. Отсюда проблемы безработицы и ограниченной самореализации. Именно эту группу автор рассматривает как основную действующую силу беспорядков 2005 г.

Вторая группа («приспособленцы») не старается замыкаться внутри своего мира (как представители первой группы), а стремится заявить о своем равенстве с другими французами, но при этом подчеркивая и свое отличие: особое этническое происхождение. Для них идея Республики («Свобода, равенство, братство») - не пустые слова. Они хотят, чтобы принимающее сообщество признало за ними право быть французами, но «другими». Они борются за свои права, но другим способом, чем представители первой группы. Они создают ассоциации, участвуют в разрешенных маршах протеста и т.д. Главная их цель – добиться уважения к их традициям со стороны других французов и противостоять попыткам заставить их быть «как все».

Третья группа («космополиты») - это, прежде всего, индивидуалисты, которые не хотят принадлежать ни магрибинскому сообществу, из которого они вышли, ни французскому, которое с большими трудностями «допускает» их в себя. Они, скорее, граждане мира, выбирающие общеевропейские ценности. С точки зрения интеграции это наиболее успешная группа, среди ее представителей много людей с высшим образованием,

тем не менее кризис идентичности не миновал и их (Франция для них – лишь «удобная» страна, по словам автора, а не Родина).

Новая литература и музыка «бёров», проблемы бытового расизма во французском обществе и его восприятие в сообществе магрибинцев, этническое происхождение как препятствие в карьере, «дело о платке» - эти и другие аспекты жизни магрибинцев раскрывает перед нами автор.

В целом книга Екатерины Деминцевой крайне полезна российским экспертам, активно (и подчас весьма поверхностно) рассуждающим о проблемах интеграции иммигрантов во Франции, о причинах беспорядков, о крахе мультикультурализма и т.д. и с легкостью отказывающимся от французского опыта как «отрицательного» с точки зрения применения его в России. Внимательный читатель увидит, что это не так. Несмотря на наличие серьезных проблем идентичности и столкновения культур, французская интеграционная политика не является «чередой неудач», как принято думать. Нам есть чему поучиться как в позитивном плане, так и избегая очевидных ошибок.