

Демографическое обозрение

электронный
научный журнал



Том 8, № 2, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Оригинальные статьи

ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ
ЯВЛЯЕТСЯ НАИЛУЧШИМ ИЗМЕРИТЕЛЕМ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

ЕВГЕНИЙ АНДРЕЕВ

АНТИАБОРТНАЯ ПОВЕСТКА В КОНСЕРВАТИВНОМ ДИСКУРСЕ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ:
ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ КАМПАНИИ, ПРАВОВЫЕ ИНИЦИАТИВЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ

ЖАННА ЧЕРНОВА, ЛАРИСА ШПАКОВСКАЯ

ПРАВОВЫЕ И НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ
БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В РОССИИ:

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА, ПРОВЕДЕННОГО В 1996 ГОДУ

**ВЛАДИМИР БОРИСОВ, АЛЕКСАНДР СИНЕЛЬНИКОВ,
ВЛАДИМИР АРХАНГЕЛЬСКИЙ**

В ОТВЕТЕ ЛИ МЫ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ?

НЕРАВЕНСТВО ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

МАРИНА КАРЦЕВА, ПОЛИНА КУЗНЕЦОВА

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ И ВОЗРАСТ ВСТУПЛЕНИЯ
В ПЕРВЫЙ БРАК У НАРОДОВ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА

КОНСТАНТИН КАЗЕНИН, ЕВГЕНИЙ СОРОКО

Рецензии

ИСТОРИЯ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ.

РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ «ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ:

РОСТ И ПАДЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЕВРОПЕ»

ВАСИЛИЙ ВЛАСОВ

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ • DEMOGRAPHIC REVIEW

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Виктор АГАДЖАНЯН
Евгений АНДРЕЕВ
Ален БЛЮМ
Василий ВЛАСОВ
Ольга ГАГАУЗ
Михаил ДЕНИСЕНКО
Валерий ЕЛИЗАРОВ
Сергей ЗАХАРОВ
Сергей ИВАНОВ
Алла ИВАНОВА
Ольга ИСУПОВА

Ирина КАЛАБИХИНА
Михаил КЛУПТ
Никита МКРТЧЯН
Анна МИХЕЕВА
Владимир МУКОМЕЛЬ
Лилия ОВЧАРОВА
Павел ПОЛЯН
Анастасия ПЬЯНКОВА
Мария САВОСКУЛ
Сергей ТИМОНИН
Андрей ТРЕЙВИШ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Барбара А. АНДЕРСЕН
Мишель ГИЙО
Павел ГРИГОРЬЕВ
Ирина ЕЛИСЕЕВА
Жанна ЗАЙОНЧКОВСКАЯ
Наталья ЗУБАРЕВИЧ
Владимир ИОНЦЕВ
Казухиро КУМО
Дэвид ЛЕОН
Элла ЛИБАНОВА
Массимо ЛИВИ БАЧЧИ

Тамара МАКСИМОВА
Татьяна МАЛЕВА
Франс МЕЛЕ
Борис МИРОНОВ
Светлана НИКИТИНА
Томаш СОБОТКА
Влада СТАНКУНЕНЕ
Марк ТОЛЬЦ
Владимир ШКОЛЬНИКОВ
Сергей ЩЕРБОВ
Николас ЭБЕРШТАД

ЖУРНАЛ ОСНОВАН АНАТОЛИЕМ ВИШНЕВСКИМ (1935-2021)

РЕДАКЦИЯ:

Главный редактор – Сергей Владимирович ЗАХАРОВ
Заместитель главного редактора – Сергей Андреевич ТИМОНИН
Заместитель главного редактора – Никита Владимирович МКРТЧЯН
Ответственный секретарь редакции – Анастасия Ивановна ПЬЯНКОВА
Корректор - Наталия Станиславовна ЖУЛЕВА
Компьютерная вёрстка и графика – Кирилл Владимирович РЕШЕТНИКОВ

*Журнал зарегистрирован 13 октября 2016 года Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-67362.*

ISSN 2409-2274

Адрес редакции:

109028 Россия, г. Москва, Большой Трёхсвятительский пер., дом 3, офис 303
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:

Victor AGADJANIAN
Evgeny ANDREEV
Alain BLUM
Mikhail DENISSENKO
Valery ELIZAROV
Olga GAGAUZ
Olga ISUPOVA
Sergey IVANOV
Alla IVANOVA
Irina KALABIKHINA
Mikhail KLUPT

Nikita MKRTCHYAN
Anna MIKHEEVA
Vladimir MUKOMEL
Lilia OVCHAROVA
Pavel POLIAN
Anastasia PYANKOVA
Maria SAVOSKUL
Sergey TIMONIN
Andrey TREIVISCH
Vasily VLASSOV
Sergey ZAKHAROV

Barbara ANDERSON
Nicholas EBERSTADT
Irina ELISEEVA
Pavel GRIGOREV
Michel GUILLOT
Vladimir IONTSEV
Kazuhiro KUMO
David LEON
Ella LIBANOVA
Massimo LIVI BACCI
Tamara MAKSIMOVA

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL:

Tatyana MALEVA
France MESLE
Boris MIRONOV
Svetlana NIKITINA
Tomas SOBOTKA
Sergei SCHERBOV
Vladimir SHKOLNIKOV
Vlada STANKUNIENE
Mark TOLTS
Zanna ZAYONCHKOVSKAYA
Natalia ZUBAREVICH

FOUNDED BY ANATOLY G. VISHNEVSKY (1935-2021)

EDITORIAL OFFICE:

Editor-in-Chief - Sergei V. ZAKHAROV
Deputy Editor-in-Chief - Sergey A. TIMONIN
Deputy Editor-in-Chief - Nikita V. MKRTCHYAN
Managing Editor – Anastasia I. PYANKOVA
Proofreader - Natalia S. ZHULEVA
Design and Making-up - Kirill V. RESHETNIKOV

*The journal is registered on October 13, 2016 in the Federal Service for Supervision of Communications, Information Technology, and Mass Media.
Certificate of Mass Media Registration ЭЛ № ФС77-67362.*

ISSN 2409-2274

Editorial address:

Bolshoy Trekhsvyatitelskiy lane 3, office 303, Moscow, 109028, 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

Июль 2021, Т.8, №2

Оригинальные статьи

ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИЛУЧШИМ ИЗМЕРИТЕЛЕМ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ	6-26
---	-------------

Евгений Андреев

АНТИАБОРТНАЯ ПОВЕСТКА В КОНСЕРВАТИВНОМ ДИСКУРСЕ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ КАМПАНИИ, ПРАВОВЫЕ ИНИЦИАТИВЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ	27-50
---	--------------

Жанна Чернова, Лариса Шпаковская

ПРАВОВЫЕ И НРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА, ПРОВЕДЕННОГО В 1996 ГОДУ	51-73
---	--------------

*Владимир Борисов, Александр Синельников,
Владимир Архангельский*

В ОТВЕТЕ ЛИ МЫ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ? НЕРАВЕНСТВО ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ	74-94
--	--------------

Марина Карцева, Полина Кузнецова

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ И ВОЗРАСТ ВСТУПЛЕНИЯ В ПЕРВЫЙ БРАК У НАРОДОВ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА	95-127
--	---------------

Константин Казенин, Евгений Сороко

Рецензии

ИСТОРИЯ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ Рецензия на книгу «История здоровья населения: рост и падение заболеваемости в Европе»	128-133
---	----------------

Василий Власов

CONTENTS

July 2021, 8(2)

Original papers

- IS LIFE EXPECTANCY AT BIRTH REALLY THE BEST MEASURE OF MORTALITY IN A POPULATION? 6-26**
Evgeny Andreev
- THE ANTI-ABORTION AGENDA IN THE CONSERVATIVE DISCOURSE IN RUSSIA: IDEOLOGICAL CAMPAIGNS, LEGAL INITIATIVES AND REGIONAL PRACTICES 27-50**
Zhanna Chernova, Larisa Shpakovskaya
- LEGAL AND MORAL ASPECTS OF INDUCED ABORTION AND FAMILY PLANNING IN RUSSIA: RESULTS OF AN EXPERT SURVEY CONDUCTED IN 1996 51-73**
Vladimir Borisov, Alexader Sinelnikov, Vladimir Arkhangelsky
- ARE WE RESPONSIBLE FOR OUR HEALTH? INEQUALITY OF OPPORTUNITIES IN THE HEALTH OF THE ADULT POPULATION OF RUSSIA 74-94**
Marina Kartseva, Polina Kuznetsova
- DEMOGRAPHIC MODERNIZATION AND AGE AT FIRST MARRIAGE OF PEOPLES OF THE NORTH CAUCASUS 95-127**
Konstantin Kazenin, Evgenij Soroko

Reviews

- A HISTORY OF POPULATION HEALTH**
Review of the book «A history of population health: rise and fall of disease in Europe» 128-133
Vasily Vlasov

ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ЛИ ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАИЛУЧШИМ ИЗМЕРИТЕЛЕМ УРОВНЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ?

ЕВГЕНИЙ АНДРЕЕВ

Принято считать, что наиболее адекватной характеристикой уровня смертности населения в некоторый период времени является показатель «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» (ОПЖ). Данный показатель имеет серьезные недостатки, а подобный выбор создает ряд неоправданных трудностей. Главный недостаток – метод расчета ОПЖ до сих пор не унифицирован и, скорее всего, унифицирован быть не может. В силу этого ОПЖ для разных стран и периодов могут быть несравнимы. Данные международной Human Life-Table Database позволяют утверждать, что часто при сравнениях нельзя использовать первый десятичный знак.

Определение ОПЖ требует расчета таблиц смертности для условного поколения календарного периода. Когда уровень смертности быстро снижается, как это происходит в большинстве стран с середины XX века, таблицы смертности условного поколения мало что говорят о возрастных закономерностях смертности когорт, но, скорее, формируют ложные впечатления. Подсчет числа человек в условном поколении, которые доживают или не доживают до некоторого возраста, не имеет отношения ни к какой реальной совокупности. Лишь расчет ОПЖ оправдывает построение таблиц смертности.

Переход от возрастных показателей смертности к ОПЖ описывается не формулой, а вычислительной процедурой. Это создает серьезные трудности при попытках оценить влияние на ОПЖ смертности отдельных возрастов, от отдельных причин смерти, в отдельных регионах и группах населения.

Всеми этими недостатками не обладает стандартизованный коэффициент смертности (СКС), расчет которого становится безальтернативным, как только задано стандартное население. Данные Human Mortality Database (Demographic Research 2021) позволили показать, что оценка уровня смертности с помощью СКС почти совпадает с оценкой на основе ОПЖ.

СКС – линейная функция возрастных коэффициентов смертности, поэтому расчет влияния смертности отдельных возрастов, причин смерти, смертности регионов или групп населения на СКС осуществить несложно.

Непрофессионалы воспринимают ОПЖ на интуитивном уровне как длительность человеческой жизни, что, скорее, недостаток показателя. Использование СКС требует больше объяснений. Но в практических исследованиях и в профессиональных публикациях ориентация на СКС облегчит работу и защитит от необоснованных эмоций.

Ключевые слова: смертность, ожидаемая продолжительность жизни, стандартизованный коэффициент смертности, уровень смертности.

ЕВГЕНИЙ МИХАЙЛОВИЧ АНДРЕЕВ (e.andreev@hse.ru), НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ», РОССИЯ.

СТАТЬЯ ПОСТУПИЛА В РЕДАКЦИЮ В МАРТЕ 2021 Г.

ВВЕДЕНИЕ

Принято считать, что наиболее адекватной характеристикой уровня смертности в населении в некоторый период времени является показатель «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» (это длинное название современных публикациях на русском обычно заменяется на ОПЖ).

Показатель воспринимается как продолжительность жизни некоторого человека и благодаря этому легко интерпретируется на интуитивном уровне. Как свидетельствуют материалы по национальным проектам «Демография» и «Здравоохранение» этот показатель не требует комментариев, в то время как более простой показатель «коэффициент суммарной рождаемости» (КСР) без комментариев не воспринимается. Однако, на наш взгляд, успешное понимание смысла показателя на интуитивном, бытовом уровне часто мешает правильной интерпретации. О человеке, прожившем 75 лет, можно сказать, что он прожил долгую жизнь, но значение ОПЖ на уровне 75 лет для современной европейской страны оценивается как низкая величина.

Для определения ОПЖ в некоторый период времени необходимо рассчитать таблицу смертности (таблицу дожития) для изучаемого населения. При использовании современной вычислительной техники это совсем не сложно, но трудность в том, что метод расчета таких таблиц до сих пор не унифицирован, не существует одного единственно правильного метода расчета таблицы смертности. Список названий методов расчета, которые использовались после Второй мировой войны, наверняка, займет не одну страницу. В России метод расчета официальных таблиц смертности за этот период менялся не менее 5 раз. Отдел населения ООН, ВОЗ и Евростат пользуются разными методами расчета таблиц. Речь идет о странах, представивших полные данные демографической статистики, необходимые для расчета.

В странах, где анализом смертности занимаются разные исследовательские центры или группы демографов, несовпадение результатов расчета ОПЖ – частое явление. И пусть различия невелики, но они достаточны для того, чтобы с осторожностью относиться не только ко второму после запятой знаку в значении ОПЖ, но зачастую и к первому.

Расчет ОПЖ иногда дает противоречащие логике результаты. В конце 1980-х годов, когда начали публиковаться таблицы смертности по республикам СССР, обнаружилось, что если таблицы смертности по всему, городскому и сельскому населению республики рассчитываются по стандартным правилам как для независимых совокупностей, то ОПЖ для всего населения может оказаться больше или меньше, чем для городского и для сельского населения, т.е. не быть некоей средней величиной для двух субпопуляций, что противоречит логике.

Случается, что у надежного в целом метода расчета таблиц смертности существует свой «скелет в шкафу», о котором не любят говорить, но стремятся обойти. Так, в настоящее время самая популярная формула для перехода от возрастного коэффициента смертности к вероятности смерти – это формула Чанга (Chiang 1984). Однако в случае однолетних групп возраста эта формула предполагает, что коэффициент смертности не больше 1, а для

пятилетнего интервала – не больше 0,2. В реальной статистике однолетний коэффициент вполне может быть больше 1. Обычно такие коэффициенты так или иначе уменьшаются.

Даже если авторы таблиц сообщают, каким методом они рассчитывали таблицу смертности, это не гарантирует полную сопоставимость результатов, полученных «одноименным» методом. Гарантией сопоставимости не является даже использование одного и того же программного обеспечения при одинаковом формате данных, который тоже влияет на результат расчета. Могут использоваться данные по однолетним и пятилетним группам возраста, ряды могут продолжаться за возраст 100 лет, но могут заканчиваться открытой возрастной группой A лет и старше. Хорошо если $A = 100$, но в истории России встречались варианты и $A = 70$. Тогда определение продолжительности предстоящей жизни в возрасте A становится довольно сложной задачей, допускающей множество решений.

Рассчитывая таблицу смертности с помощью пакета программ MortPak, разработанного в ООН, при разном начале открытого возрастного интервала (пакет такую возможность предоставляет) можно получить разный результат.

Алгоритм расчета таблицы смертности может содержать логические разветвления, программа сама решает, что делать, если возрастной коэффициент смертности больше максимума, допускающего применения формулы Чанга, как продолжить вычисления, если знаменатель для расчета коэффициента смертности равен нулю, и как, если нулю равны и знаменатель, и числитель, и так далее.

В данной статье мы постараемся:

- 1) убедить читателя не переоценивать точность показателя ОПЖ как измерителя уровня смертности;
- 2) показать, что ОПЖ не может служить исчерпывающей характеристикой уровня смертности в период, для которого рассчитана;
- 3) продемонстрировать альтернативные, не менее информативные, но проще вычисляемые меры смертности.

ДАННЫЕ

Эта статья основана на материалах двух баз данных.

Первая - это Коллекция таблиц смертности человека (Human Life-Table Database) (HLD) (Max Planck Institute... 2021), собранная в основном Институтом демографических исследований Общества Макса Планка в Ростоке (Германия) (The Max Planck Institute for Demographic Research in Rostock). На момент написания этой статьи хранилось 10 903 пар таблиц смертности мужчин и женщин, которые начинаются от момента рождения.

Коллекция включает как опубликованные, в том числе официальные таблицы смертности, так и таблицы, присланные их авторами, как правило, научными центрами университетов или известными исследовательскими группами. Многие публикации содержат только часть показателей таблиц смертности. Используются лишь публикации,

позволяющие однозначно восстановить таблицу. Например, содержащие ряд возрастных вероятностей или коэффициентов смертности или чисел доживающих. Обязательно наличие ряда ожидаемой продолжительности жизни для всех возрастов.

В HLD действует следующая процедура. Каждая таблица смертности полностью пересчитывается на основе выбранного, наиболее информативного ряда. Стандартная таблица смертности дополняется оригинальным рядом продолжительностей предстоящей жизни для всех возрастов. Такая таблица как текстовый файл помещается в базу данных. Кроме того, в базу помещается копия оригинальной таблицы смертности, как правило, в формате PDF.

Вторая база данных – База данных о смертности человека (The Human Mortality Database) (HMD) (University of California ... 2021), являющаяся результатом сотрудничества сотрудников Калифорнийского университета в Беркли (University of California, Berkeley) и Института демографических исследований Общества Макса Планка. База содержит информацию о смертности стран за годы, когда эти данные признаны достоверными. В начале 2021 г. она содержала данные о смертности населения 50 стран, их частей или групп населения за период после 1750 г. Общее число пар {население, год} составило 4769. Для краткости мы будем также называть пару {население, год} наблюдением. Для каждого наблюдения база содержит среднегодовую численность населения по полу и возрасту, числа умерших по полу, возрасту и по треугольникам Лексиса, возрастные коэффициенты смертности и построенные на основе этих показателей таблицы смертности.

Алгоритмы расчетов, которые используются в HLD и HMD подробно изложены на сайтах баз данных.

О ТОЧНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЯ ОПЖ

Для оценки точности расчета показателя ОПЖ мы сравнили для одних тех же таблиц авторские значения ОПЖ со значениями, рассчитанными нами по единому алгоритму.

Лишь у 3374 (30,95%) мужских таблиц и 3079 (28,24%) женских авторская ОПЖ с точностью до двух знаков совпадает с расчетной. На наш взгляд, это очень хороший результат.

С другой стороны оказывается, что для 1643 (15,07%) мужских таблиц и 2886 (26,47%) женских абсолютная разница двух ОПЖ превосходит 0,2 года. Многие проблемы связаны с оценкой продолжительности предстоящей жизни в последнем, наиболее старшем возрасте, представленном в таблице. Именно поэтому различия у женщин существеннее, чем у мужчин.

Так или иначе, риск ошибки при сравнениях ОПЖ кажется очень высоким.

О ЧЕМ ГОВОРЯТ ТАБЛИЦЫ СМЕРТНОСТИ КАЛЕНДАРНОГО ПЕРИОДА

Чтобы определить ОПЖ для некоторого календарного периода, надо рассчитать некоторым способом таблицу смертности. Таблица представляет собой модель изменения с возрастом численности некоторого поколения людей, которые родились и прожили жизнь под действием смертности изучаемого периода. Это поколение называют гипотетическим или условным. Наверное, появившись модель в наши дни, его назвали бы виртуальным поколением. Таблица смертности содержит данные об уменьшении с возрастом численности условного поколения и о том, сколько лет членам поколения предстоит еще прожить в каждом возрасте.

В середине прошлого века официальное название таблиц смертности звучало как «таблицы смертности и средней продолжительности жизни» (ЦСУ СССР 1962). Слово «ожидаемая» заменило слово «средняя» только в конце 1980-х годов.

Развернутое название указывает на то, что определение ОПЖ считалось главной целью расчета таблиц смертности календарного периода. В какой мере верно это предположение?

Для практических целей, таких как демографический прогноз или оценки населения, нужны коэффициенты смертности и легко вычисляемые на их основе вероятности смерти или дожития и вероятности прожить календарный год. Этот последний показатель в России называют коэффициентом дожития и описывают как отношение соседних чисел живущих в условном поколении в возрасте $x+1$ и x . Отсюда якобы следует, что область применения чисел живущих не только расчет ОПЖ. Но есть простая формула, которая почему-то не встречается в российских учебниках. Коэффициент дожития в возрасте x равен $P_x = \frac{2 - M_{x+1}}{2 + M_x}$, где M_x – коэффициент смертности в этом возрасте.

Показатели таблиц смертности участвуют в расчете интегральных характеристик воспроизводства, таких как чистый коэффициент воспроизводства населения, которые в последнее время используют редко.

Показатели таблиц могут быть полезны при сравнении смертности в двух календарных периодах. В частности, ряды показателей применяют для оценки вклада возрастных интервалов в изменение ОПЖ (Андреев 1982). Демографы умеют использовать эти показатели для разных полезных расчетов. Но проблема в том, что все показатели, охватывающие сколько-нибудь продолжительный возрастной интервал, не имеют никакого отношения к реальности. Их польза в том, что они помогают описывать изменения в смертности, так сказать, «широким мазком». Однако, поскольку все возрастные показатели смертности относятся к разным поколениям, результаты вполне могут оказаться неустойчивыми во времени. Анализируя данные о смертности в России в последние годы, мы неоднократно обнаруживали, что вклад отдельных возрастных интервалов в изменение ОПЖ заметно меняется год от года. К тому же такой расчет можно сделать и без таблиц смертности только на основе возрастных коэффициентов.

Идея условного поколения возникла в XIX веке, когда смертность менялась медленно, и казалось, что нет разницы между условным и реальным поколениями. Внимательно читая книгу С.А. Новосельского (1916), неожиданно понимаешь, что автор сравнивает страны вне времени, период, для которого рассчитана таблица смертности, представляется ему несущественным. В то время никто не стремился различать возрастные изменения смертности в условном и реальном поколениях.

Во второй половине XX века, когда уровень смертности в большинстве развитых стран снижался чрезвычайно быстро, ряды возрастных интенсивностей смертности условных и реальных когорт не утратили сходства, но различия между ними стали очевидны. На рисунке 1 мы сравнили кривую возрастных коэффициентов смертности поколения 1946 г. рождения в Англии и Уэльсе с аналогичными кривыми для трех условных поколений 1951, 1981 и 2011 г. Когортная кривая отражает 2 процесса: изменение смертности с возрастом и снижение со временем. Она как бы протыкает кривые для календарных лет.

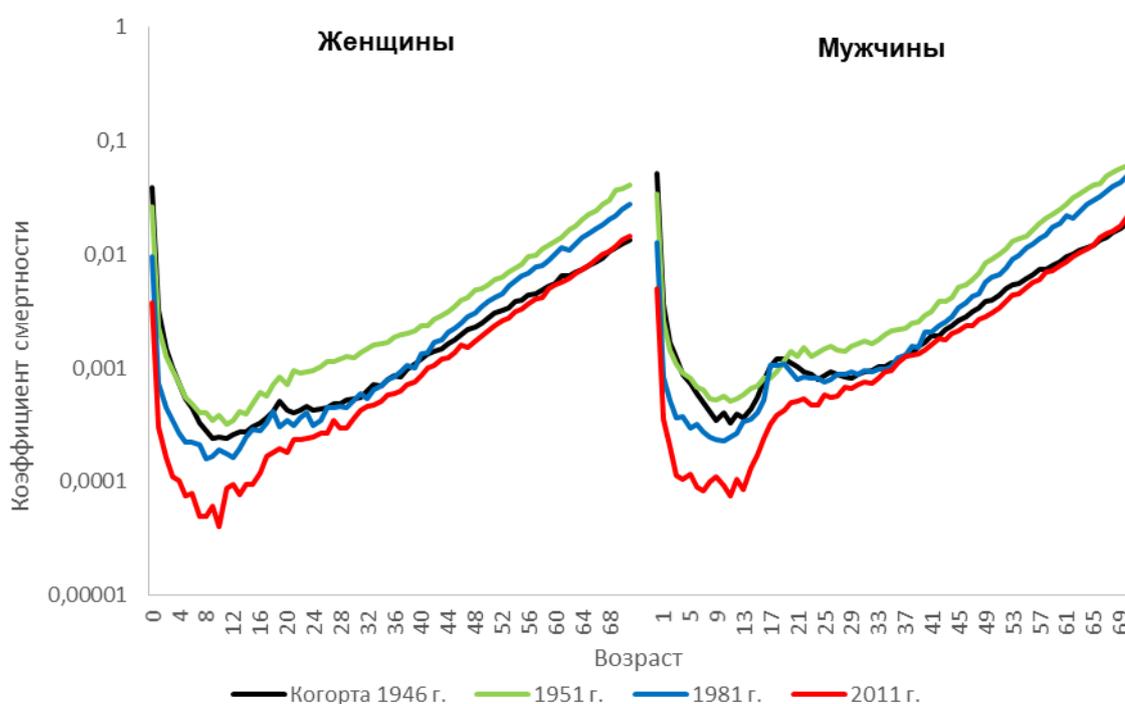


Рисунок 1. Сравнение возрастных кривых смертности когорты 1946 г. и условных поколений 1951, 1981 и 2011 гг., Англия и Уэльс, все население. Полулогарифмическая шкала.

Источник: (University of California... 2021).

В России достаточно надежные данные существуют только после 1959 г., поэтому кривые на рисунке 2 – приблизительные оценки автора. Поскольку снижение смертности в старших возрастах в России началось много позже, чем в Западной Европе, линии для реального и условного поколений после 50 лет лежат ближе друг к другу. Тем не менее рисунки 1 и 2 показывают, что в обоих случаях едва ли можно использовать таблицы для

условных поколений с целью оценки шансов дожить среднему человеку до пенсионного возраста.

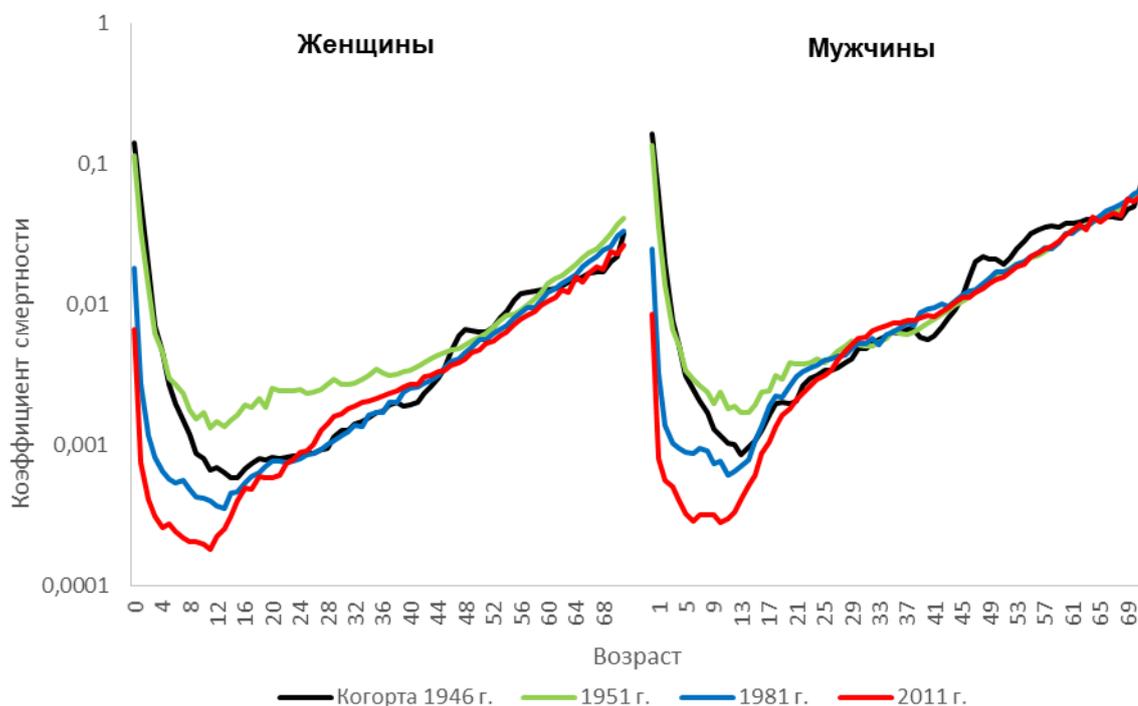


Рисунок 2. Сравнение возрастных кривых смертности когорты 1946 г. и условных поколений 1951, 1981 и 2011 г. Российская Федерация. Полулогарифмическая шкала.

Источник: Рассчитано на основе (Андреев, Дарский, Харькова 1997) и данных (Российская экономическая школа 2021).

Еще одно обоснование полезности расчета таблиц смертности основано на том, что они позволяют судить о закономерностях смертности реальных поколений. Несомненно, кривые показателей для условного поколения похожи на кривые для реального поколения. Но это весьма поверхностное сходство.

Известно, что зависимость интенсивности смертности от возраста хорошо описывается кривой Гомперца. Лет сорок назад отечественная демография пережила попытки объяснить это с помощью моделей старения (Гаврилов, Гаврилова 1979; Шукайло 1979) (см. также (Стрелер 1964)). Повсеместно в объяснениях речь шла о накоплении с возрастом в человеческом организме разного рода неполадок и о том, как это влияет на смертность поколения. Но кривую удавалось подобрать только для показателей условных поколений. В реальных когортах она не работает. Привычка рассчитывать таблицы для условных поколений сделало их реальнее реальных.

Типовые таблицы смертности (Coale, Demeny 1966; United Nations 1982) позволяют думать, что по величине ОПЖ можно предугадать кривую возрастных показателей смертности. Если это действительно верно, то только для условных поколений, для которых типовые таблицы и рассчитывают.

На рисунке 3 представлены возрастные показатели смертности реальной когорты 1920 г. рождения и условных поколений с той же ОПЖ. Для женщин это условное поколение 1939 г. рождения. ОПЖ в женской когорте 66,91, а в условном – 66,24. Для мужчин взято условное поколение 1932 г., ОПЖ в обоих случаях 59,01.

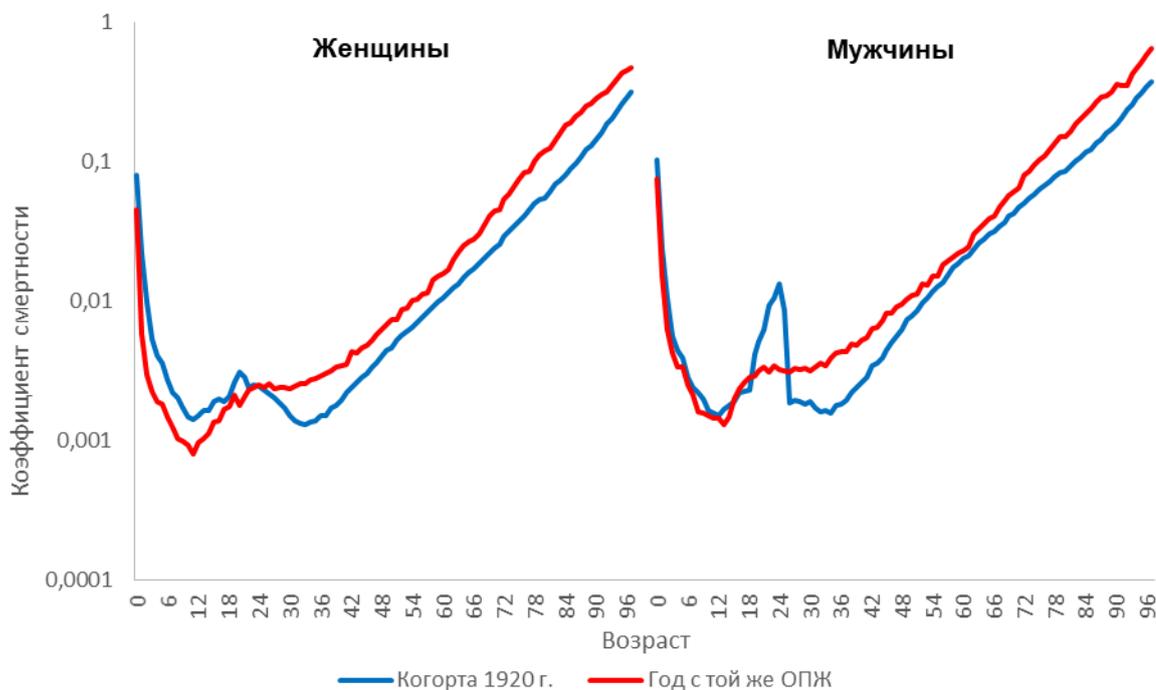


Рисунок 3. Сравнение возрастных кривых смертности когорты 1920 г. и условных поколений с такой же ОПЖ. Англия и Уэльс, все население. Полулогарифмическая шкала.

Источник: (University of California... 2021).

Мы не будем спорить, если читатель сочтет этот пример «не вполне честным», так как поколение 1920 г. пережило войну. К сожалению, для поколений, родившихся после войны, рассчитать ОПЖ невозможно. Конечно, последствия войны нельзя сравнивать с последствиями эпидемии гриппа, летней жары или COVID-19. Но на примере довоенных когорт легче увидеть главные различия таблиц для реальных и условных поколений. В условных поколениях смертность меняется одновременно во всех возрастах, в реальных – на небольшом участке возрастов.

Наш анализ позволяет думать, что главная причина систематического расчёта таблиц смертности, который проводят статистические офисы всех развитых стран, международные организации и отдельные исследователи, связана именно с необходимостью определять ОПЖ как интегральной характеристики населения.

АЛЬТЕРНАТИВА ОПЖ

Обнародованная 27 февраля 1661 г. таблица смертности Дж. Граунта не содержала показателя ОПЖ или аналогичного. Показатель этого типа появился несколько десятилетий

позже - в работах Х. Гюйгенса, который использовал таблицу Граунта в исследованиях по теории вероятности и ввел понятие математического ожидания (ОПЖ как математическое ожидание события смерти).

Нам не удалось узнать, кто ввел понятие коэффициента смертности как отношения числа смертей за период к числу человеко-лет, прожитых в этот период. Этот показатель принципиально отличается от вероятности смерти, представляющей собой отношение числа смертей к численности на начало временного интервала. Отметим, что Граунт не соотносил число умерших и живых, но рассматривал распределение умерших по возрасту.

Представляется, что к концу XVIII века уже никто не сравнивал числа смертей безотносительно к численности населения. Но, очевидно, общий коэффициент смертности в равной мере зависит от уровня возрастной смертности и от возрастного состава населения. Если исследователя интересует именно смертность, то этот показатель ему не подходит. В середине XIX века У. Фарр разработал метод стандартизации общих коэффициентов смертности. Теперь этот метод в учебниках называют прямым методом стандартизации.

Итак, в середине XIX века появился второй интегральный показатель уровня смертности – стандартизованный коэффициент смертности (СКС). Для этого потребовалось примерно 150 лет с момента начала математического осмысления явления.

Сам по себе общий коэффициент смертности не может рассматриваться как интегральная характеристика уровня смертности, так как в равной мере зависит от возрастных интенсивностей смертности и возрастного состава населения. Он измеряет средний риск смерти в конкретном населении. На наш взгляд, этот показатель не так бесполезен, как кажется. Из него следует, что для того, чтобы снизить риск смерти в «старом» населении, надо заботиться о смертности пожилых, а в «молодом» населении – о младенческой смертности.

СКС, как и ОПЖ, можно связать с демографической моделью, но с моделью не поколения, а населения, в котором возрастная структура постоянна и соответствует стандарту, а возрастная смертность такая же, как в исследуемом населении. СКС есть общий коэффициент смертности в этом модельном населении.

Косвенный и обратный методы стандартизации показателей смертности используются в основном в отсутствии полной информации о населении. Косвенный – если неизвестно распределение умерших по возрасту, обратный – в отсутствии сведений о возрастном составе населения. Косвенный метод появился одновременно с прямым, а обратный – гораздо позже, в середине XX века. Для обоих методов требуется определить стандартную функцию возрастной смертности.

При косвенном методе рассчитывается общее число умерших при известном возрастном составе живущих и некоторой теоретической возрастной смертности. Отношение известного общего числа умерших к результату расчета называют стандартизованным индексом смертности.

При обратном методе делением возрастного числа умерших на возрастной коэффициент смертности рассчитывается численность населения, которое могло бы дать

данный ряд распределенных по возрасту смертей при стандартной возрастной смертности. Отношение реальной общей численности к расчетной также дает индекс смертности.

Прежде чем определить ОПЖ, надо выбрать алгоритм расчета таблицы смертности, основанном на том или преобразовании возрастных коэффициентов смертности. Алгоритм стандартизации общего коэффициента смертности определяется стандартным населением. Можно выбрать один из общеизвестных стандартов, можно использовать свой стандарт. Чтобы публикация не вызвала недовольство читателя, достаточно этот стандарт опубликовать.

В настоящее время наиболее часто используется Европейский стандарт ВОЗ 1976 г. и стандарт Евростата 2013 г. (Eurostat 2013). Стандарт 1976 г, безусловно, устарел, так как предусматривает открытый возрастной интервал 85 лет и старше, тогда как снижение смертности после 85 лет становится все более важным фактором снижения смертности.

В отличие от ОПЖ, СКС аддитивен по причинам смерти, поэтому несложно оценить вклад отдельных причин смерти в его изменение. Несколько сложнее оценивать вклад отдельных возрастных групп, так как придется учитывать их доли в стандартном населении. Но ничего похожего на метод декомпозиции различий в ОПЖ (Андреев 1982) не потребуется.

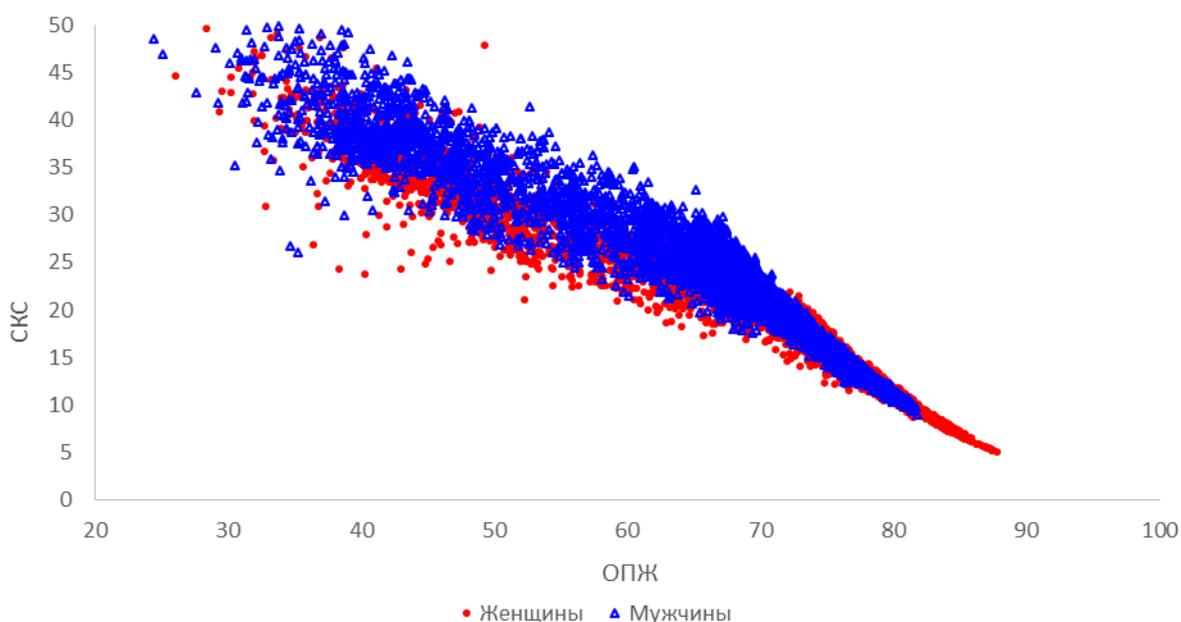


Рисунок 4. Соотношение стандартизованного коэффициента смертности на основе Европейского стандарта 2013г. и ОПЖ мужчин и женщин по данным HMD (University of California 2021) (4769 наблюдений)

Источник: Расчеты автора.

К сожалению, индексы смертности, рассчитанные и косвенным и обратным методом, этими свойствами не обладают. Нельзя, зная индексы смертности от отдельных причин, оценивать их вклад в общий индекс.

Мы воспользовались данными НМД, чтобы попытаться сравнить 2 интегральных показателя. Нас интересует вопрос, в какой мере согласуются полученные с их помощью оценки уровня смертности.

На рисунке 4 представлено соотношение СКС и ОПЖ во всех парах {население, год} для мужчин и для женщин. Было использовано Европейское стандартное население 2013 г.

Рисунок показывает, что связь, видимо, не зависит от пола и в подавляющем числе случаев четко прослеживается. Эта связь заведомо нелинейная, что особенно четко проявляется при высоких ОПЖ и низких СКС, так как нулевому СКС соответствовала бы бесконечная продолжительность жизни.

Связь между СКС и ОПЖ все же достаточно четкая, чтобы для каждого значения одного показателя можно было посчитать среднее значение другого. По нашим расчетам, ОПЖ 78 лет, которую Россия, согласно национальной доктрине, стремится достигнуть в 2030 г., соответствует в среднем СКС, равному 12,4 на 1000 (если взять Европейское стандартное население 2013 г.), при диапазоне значений от 11,4 до 13,3.

Для оценки согласованности различных характеристик смертности полезно воспользоваться непараметрическим коэффициентом ранговой корреляции τ_b Кенделла, основанном на подсчете совпадении рангов (таблица 1).

В нашем случае идеально было бы, если ранги шли в обратном порядке. Расчет с включением данных для мужчин и женщин показал, что коэффициент составляет -0,89, что для коэффициента Кенделла очень высокое по абсолютной величине значение. Аналогичный расчет на показателях для двух полов вместе дал практически тот же результат -0,90 (таблица 2).

Таблица 1. Коэффициент ранговой корреляции τ_b Кенделла по массиву 9538 наблюдений, мужчины или женщины

	1	2	3	4	5	6
1 ОПЖ	1	-0,941	-0,887	-0,837	-0,876	-0,622
2 СКС, стандарт НМД-21	-0,941	1	0,944	0,826	0,840	0,633
3 СКС, Европейский стандарт 2013	-0,887	0,944	1	0,798	0,799	0,625
4 Индекс смертности косвенным методом	-0,837	0,826	0,798	1	0,893	0,673
5 Индекс смертности обратным методом	-0,876	0,840	0,799	0,893	1	0,641
6 Общий коэффициент смертности	-0,622	0,633	0,625	0,673	0,641	1

Примечание. Корреляция значима при уровне ниже 0,01.

Таблица 2. Коэффициент ранговой корреляции τ_b Кенделла для двух полов вместе по 4769 наблюдений

	1	2	3	4	5	6
1 ОПЖ	1	-0,949	-0,900	-0,913	-0,905	-0,625
2 СКС, стандарт НМД-21	-0,949	1	0,950	0,929	0,881	0,634
3 СКС, Европейский стандарт 2013	-0,900	0,950	1	0,908	0,843	0,628
4 Индекс смертности косвенным методом	-0,913	0,929	0,908	1	0,897	0,696
5 Индекс смертности обратным методом	-0,905	0,881	0,843	0,897	1	0,661
6 Общий коэффициент смертности	-0,625	0,634	0,628	0,696	0,661	1

Примечание. Корреляция значима при уровне ниже 0,01.

Хотя распределения наблюдений, основанные на СКС и на ОПЖ, дают очень близкие представления о том, что демографы воспринимают как «уровень смертности», между двумя способами классификации наблюдений есть принципиальное отличие. ОПЖ как всякий показатель продолжительности жизни чутко реагирует на возраст умершего. Чем моложе умерший, тем больше его смерть снижает ОПЖ. Мы не уверены, что это свойство полезно показателю, характеризующему уровень смертности населения в некотором году. Реакция на возраст СКС зависит от выбранного стандартного населения. Европейский стандарт 2013 г. мало различает возраста моложе 65 лет.

Известно, что в конце XIX века Европейская Россия отличалась ужасающе высокой младенческой смертностью. Согласно таблицам смертности населения Европейской России в границах РСФСР в конце 1920-х годов, в 1896-97 гг. до 1 года не доживали 303 из 1000 новорожденных. В значительной мере именно поэтому ОПЖ составляла 30,5 года (Смертность и продолжительность жизни... 1930). По нашим расчетам на основе этих таблиц смертности СКС составлял 36,0 на 1000. Мы обнаружили в НМД 272 наблюдения с СКС от 35 до 37 на 1000. Средний СКС в этой совокупности равен российскому, а ОПЖ – 43,3 года. Такая величина СКС зафиксирована во Франции в 1944 г. (все национальное население). При этом ОПЖ во Франции для того же года составляла 55,8 года. Данное соотношение ОПЖ и СКС вызвано тем, что СКС лучше уловил высокую смертность взрослого населения. Таким образом, ОПЖ как мера уровня смертности населения как бы переоценивает роль смертности детей и недооценивает роль смертности взрослых. Однако эта проблема заслуживает специального рассмотрения.

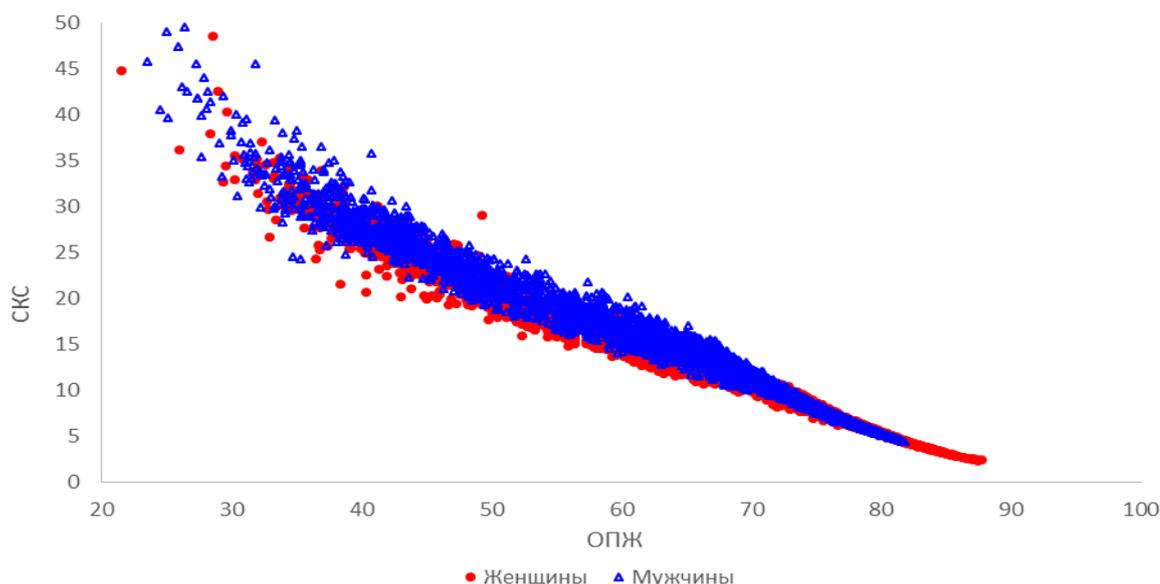


Рисунок 5. Соотношение стандартизованного коэффициента смертности с использованием средней для НМД возрастной структуры на начало 2021 г. (НМД-21) и ОПЖ мужчин и женщин по данным НМД (4769 наблюдений)

Источник: Расчеты автора.

Нельзя забывать, что Евростат, разрабатывая стандартное население, ориентировался на структуры населения развитых стран Европы.

Немонотонность возрастной структуры наводит на мысль, что его предполагалось через 5-10 лет пересмотреть. Так или иначе, стандарт не предполагалась применять для столь широкого списка стран. Мы решили взять в качестве стандарта среднюю возрастную структуру для двух полов вместе по всему списку из 4769 населений и лет. Чтобы как-то отличать этот стандарт, мы назвали его НМД-21. Стандарт НМД-21 представлен в таблице П1 Приложения.

При использовании стандарта НМД-21 коэффициент ранговой корреляции Кенделла двух показателей - ОПЖ и СКС - равен -0,94 при объединении показателей, определенных независимо для мужчин и женщин, в один массив данных (таблица 1) и -0,95 при расчете показателей для двух полов взятых вместе (таблица 2).

Рисунок 5 свидетельствует, что при использовании средней возрастной структуры НМД-21 в качестве стандарта, связь между ОПЖ и СКС выглядит четче, чем при использовании Европейского стандарта населения 2013 г. (ср. рис. 4 и 5).

Для расчета индексов смертности косвенным и обратным методом мы рассчитали стандартный ряд возрастных коэффициентов смертности для двух полов вместе как среднюю по всем населением-годам. Использован краткий ряд возрастных показателей НМД с открытым интервалом 95 и более лет (таблица П2 Приложения). Коэффициент Кенделла для индексов показывает их весьма высокую согласованность с ОПЖ, хотя и более низкую, чем у обоих СКС.

ПРИБЛИЖЕННЫЕ ОЦЕНКИ

Низкие по сравнению с другими показатели в последних строке и столбце таблиц 1 и 2 еще раз убеждают, что общий коэффициент смертности не может служить интегральной характеристикой уровня смертности вместо ОПЖ. Но все же показатели корреляции τ_b Кенделла довольно высоки. Отсюда возникла идея использовать общий коэффициент при приближенных оценках.

Возрастная структура населения при пятилетних группах возраста, как правило, меняется довольно медленно. Поэтому можно допустить, что на коротком временном интервале изменения СКС пропорциональны изменениям общего коэффициента смертности. Мы попытались это проверить.

В данном случае в качестве стандарта для расчета СКС мы взяли стандарт НМД-21. Среди данных НМД мы выбрали все такие случаи, когда сведения о некотором населении имеются за два последовательных года. Таких случаев оказалось 4718. Мы вычислили СКС для вторых из двух лет, исходя из допущения, что изменения СКС пропорциональны изменениям общего коэффициента, а затем сравнили оценку с «правильным» показателем и рассчитали относительную ошибку оценки. Результат обнадеживает: в 90% всех случаев ошибка лежит в интервале $\pm 3\%$. Это верно и для мужчин, и для женщин, и для двух полов вместе.

Можно ожидать, что вероятность не ошибиться высока, но это не всегда так. Ошибки выше 10% или ниже -10% случаются для периода до 1920 г., а также для Исландии или Новой Зеландии (только маори).

Напротив, наши попытки судить об изменении ОПЖ только на основе изменения общего коэффициента смертности или общего числа умерших успехом не увенчались. Коэффициент ранговой корреляции между изменениями ОПЖ и общего коэффициента при том же числе наблюдений составил -0,77 (уровень значимости 0,01). Весьма высоким по абсолютной величине оказался и коэффициент корреляции Пирсона (-0,91). Дальнейший анализ показал, что возможна только линейная модель. Но точность модели совершенно не удовлетворительна. Среднее абсолютное отклонение предсказанной ОПЖ от факта равно 0,34 года, в трети всех наблюдений отклонение больше четверти года.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ

Чтобы узнать ОПЖ в населении в некоторый период, необходимо рассчитать таблицу смертности для условного поколения этого периода. Результат расчета зависит от формата доступных данных о численности населения по возрастам и о возрастных числах умерших, а также от избранного алгоритма расчета. Формат данных определяется состоянием статистики населения и позицией национальной статистической службы. Чем детальнее данные, тем заметнее их дефекты. Избегая возможной критики, статистические офисы нередко публикуют только агрегированные данные.

Метод расчета зависит как от доступных данных, так и от субъективных предпочтений и знаний авторов расчета. В России, например, до сих пор популярен метод американского статистика Гревилла (Greville 1943), но мало кто знаком с методами, которые используются в Центрах по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention) США в современных таблицах (Anderson 1999).

С помощью Коллекции таблиц смертности человека мы продемонстрировали, что десятичные знаки в величине ОПЖ существенно зависят от метода расчета. Таким образом, ОПЖ не является самой точной характеристикой уровня смертности.

Мы показали, что условные поколения XX-XXI веков мало похожи на реальные поколения. Поэтому делать какие-то выводы о реальных поколениях, опираясь на таблицы смертности календарного периода, нельзя. Представляется, что гораздо проще предсказать продолжительность жизни молодых когорт (Shkolnikov et al. 2014), чем продолжительность предстоящей жизни когорт, чьи детство и молодость прошли в 1940-1950-х годах. Известно, что смертность от многих болезней в пожилых возрастах зависит от условий жизни в детстве и юношестве. Невозможно предугадать суммарный эффект этой связи, но ссылки на данные условных поколений вряд ли обоснованы.

Наш вывод: получение величины ОПЖ – главная, а возможно единственная цель расчета таблиц смертности условного поколения.

Связь между ОПЖ и возрастными коэффициентами смертности описывается очень не простыми соотношениями, поэтому довольно трудно сказать, как те или иные изменения возрастной смертности в целом и от отдельных причин смерти отражаются на ОПЖ.

В сознании непрофессионалов показатель ОПЖ воспринимается как длительность жизни конкретных людей. На нее ссылаются, когда предлагают увеличить пенсионный возраст или, наоборот, доказывают неправомерность такого шага. Подсчет численности людей в условном поколении, которые доживают или не доживают до некоторого возраста, не имеет отношения ни к какой реальной совокупности.

В начале 1970-х годов руководство СССР пришло к выводу, что продолжительность жизни в стране не должна опускаться ниже 70 лет (Андреев 2011), и этот показатель повторялся в международных статистических публикациях. Начиная с 1973 г. в издаваемых ООН Демографических ежегодниках публиковалась продолжительность жизни в 1971-1972 гг. для СССР для мужчин 64 года, для женщин – 74 года, для Украины соответственно 68 и 76, для Белоруссии – 67 и 74. Только для Белоруссии приводилась продолжительность жизни для двух полов, равная 71 году. Лишь в 1989 г. Госкомстат СССР опубликовал фактические таблицы смертности за период с 1970 по 1987 г. В начале 2010-х ОПЖ в России перевалила за 70 лет, и это снова показалось большим достижением.

Если стандартное население выбрано и структура обнародована, а возрастные коэффициенты смертности рассчитаны, то никакие силы не смогут повлиять на значение СКС. Расчет возрастных коэффициентов смертности содержит некоторую неопределенность. Есть разные возможности распределять по возрастам умерших неизвестного возраста, есть несколько способов расчета населения под риском, но все эти неопределенности возникают и при расчете ОПЖ.

СКС – линейная функция возрастных коэффициентов смертности. Поэтому чрезвычайно просто оценить влияние на изменение СКС отдельных причин смерти. Немного сложнее выглядит формула, позволяющая оценить вклад в изменение СКС отдельных возрастных групп. Более сложное выражение позволяет описать вклад в изменение СКС для страны в целом уровня смертности в отдельных ее частях или социальных группах и др. Например, можно сделать рутинной процедурой анализ вклада регионов в динамику смертности в России с использованием СКС, подобный представленному в нашей совместной работе (Timonin et al. 2017).

Можно рассчитывать СКС не для всей шкалы возрастов, а для отдельных интервалов, например для взрослых, рабочих, пенсионных возрастов.

Что касается возможности сравнивать с другими населением, с другими периодами и так далее, то международные базы данных позволяют рассчитать абсолютно сопоставимые СКС. Кроме HMD, назовем Базу данных о смертности человека по причинам смерти (The Human Cause-of-Death Database) (Institute for Demographic ... 2021) и Базу данных ВОЗ о смертности (World Health Organization 2021).

Мы не сможем рассчитать СКС для стран, где отсутствует адекватная демографическая статистика, а публикуемые показатели ОПЖ есть результат разного рода косвенных оценок, но, на наш взгляд, это к лучшему.

Используя СКС, мы освобождаемся от содержащегося в определении условного поколения мистического «на протяжении всей жизни». Для объяснения, что такое СКС, можно сказать, что это число умерших на 1000 (или 100 тыс.) человек населения в исследуемом населении, если бы у него была такая же возрастная структура, как в стандартном населении или, наоборот, число умерших в стандартном населении, если бы в нем была такая же смертность, как исследуемом населении.

Конечно, отказаться в одночасье от использования показателя ожидаемой продолжительности жизни для календарного периода не удастся. Но использовать только СКС, проводя анализ динамики смертности или подготавливая статьи, рассчитанные на читателя-демографа, вполне реально.

Когда статья была готова, новейшие статистические публикации заставили сделать еще одно короткое добавление. Предварительные итоги 2020 г. в странах Европы и России свидетельствуют, что ОПЖ – очень мягкий показатель. Так, в России число умерших и ОКС в 2020 г. в условиях пандемии COVID-19 выросли по сравнению с 2019 г. более чем на 18%, а ОПЖ снизилась по предварительным оценкам на 1,8 года или только на 2,5% (Росстат 2021a, b, c).

ЛИТЕРАТУРА

- Андреев Е.М. (1982). Метод компонент в анализе продолжительности жизни. *Вестник статистики*, (9), 42–47.
- Андреев Е.М. (2011). Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или déjà vu отечественной демографии. *Демоскоп Weekly*, 487- 488.
- Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л. (1997). *Демографическая история России: 1927-1959*. М.: Информатика.
- Гаврилов Л.А., Гаврилова Н.С. (1979). Исследование кинетических закономерностей смертности людей в историческом аспекте. *ДАН СССР*, 245(4), 1017 - 1020.
- Новосельский С.А. (1916). *Смертность и продолжительность жизни в России*. Петроград: Типография Министерства Внутренних Дел.
- Смертность и продолжительность жизни населения СССР 1926-1927 гг.* (1930). Таблицы смертности. М.; Л.: Планхозгиз.
- Стрелер Б. (1964). *Время, клетки и старение*. Пер. с англ. М.
- Российская экономическая школа (2021). *Российская база данных по рождаемости и смертности*. URL: http://demogr.nes.ru/index.php/ru/demogr_indicat/data (данные загружены 05.02.2021).
- Росстат (2021a). *Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации по месяцам. 2020 год*. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (данные загружены 08.02.2021).

- Росстат (2021b). *Оценка численности постоянного населения на 1 января 2021 г. и в среднем за 2020 г.* URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (данные загружены 19.03.2021).
- Росстат (2021c). *Предварительная оценка ожидаемой продолжительности жизни при рождении по субъектам Российской Федерации за 2020 год.* URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (данные загружены 19.03.2021).
- ЦСУ СССР (1962). *Таблицы смертности и средней продолжительности жизни населения СССР. 1958-59 гг.* М.: Госстатиздат.
- Шукайло В.Ф. (1979). О принципах матем. отображения сущности процессов смертности. В *Продолжительность жизни: анализ и моделирование* (с. 104-123). М.,
- Anderson R.N. (1999). Method for constructing complete annual U.S. life tables. In: *Vital and health statistics. Series 2, Data evaluation and methods research*; no. 129.
- Chiang C.L. (1984). *The Life Table and its Applications*. Malabar: Florida.
- Coale A., Demeny P. (1966). *Regional Model Life Tables and Stable Populations*. Princeton: Princeton University Press.
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat's task force edition*.
- Greville T. (1943). Some methods of constructing abridged life tables, *Records of the American Institute of Actuaries*, 32, 29–43.
- Institute for Demographic Studies (INED), Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *The Human Cause-of-Death Database (HCD)*. URL: <https://www.causesofdeath.org/cgi-bin/main.php>.
- Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *Human Life Table Database*. Retrieved from <https://www.lifetable.de/cgi-bin/data.php> (data downloaded on 05.02.2021).
- Shkolnikov V.M., Jdanov D.A., Andreev E. M., Vaupel J. W. (2014). Rapid increase in maximal country specific life expectancy across cohorts. *Advances in Gerontology*, 27(2), 229-235.
- Timonin S., Danilova I., Andreev E. M., Shkolnikov V. (2017). Recent mortality improvement in Russia: are regions following the same tempo? *European Journal of Population*, 33(5), 733-763.
- United Nations (1982). *Model Life Tables for Developing Countries* (United Nations publication, Sales No. E.81.XIII.7).
- University of California, Berkeley, and Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *The Human Mortality Database. U.K., United Kingdom Total Population*. Retrieved from https://www.mortality.org/cgi-bin/hmd/country.php?cntr=GBR_NP&level=1 (data downloaded on 05.02.2021) .
- World Health Organization (2021). *WHO Mortality Database*. URL: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица П1. Средняя возрастная структура двух полов вместе населения под риском по всем содержащимся в Human Mortality Database на начало 2021 г. 4769 наблюдениям

Возраст	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
Доля	181757	687900	834378	819342	799294	771576	744360
Возраст	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Доля	714884	681483	643165	600511	552383	495744	433179
Возраст	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99
Доля	362419	283185	198846	119115	54967	17649	3465
Возраст	100-104	105-109	110+	Всего			
Доля	373	23	2	10000000			

Примечание: Дата загрузки: 05.02.2021.

Таблица П2. Средние возрастные коэффициенты смертности на 1 млн для двух полов вместе по всем содержащимся в Human Mortality Database на начало 2021 г. 4769 наблюдениям

Возраст	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29
Коэффициент	59441	8126	2225	1417	2171	3064	3209
Возраст	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
Коэффициент	3528	4191	5275	6935	9773	13935	21115
Возраст	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+
Коэффициент	31939	50400	79487	124212	190442	276548	405034

Примечание: Дата загрузки: 05.02.2021.

IS LIFE EXPECTANCY AT BIRTH REALLY THE BEST MEASURE OF MORTALITY IN A POPULATION?

EVGENY ANDREEV

It is generally considered that the most adequate indicator of mortality in any population in a certain calendar period is life expectancy at birth (LE). Yet this indicator has serious drawbacks, and its use leads to a number of unjustified difficulties. The main limitation is that the method for calculating life expectancy is still not unified and most likely never can be. As a result, LE for different countries and periods may not be comparable. The data of the international Human Life Table Database makes it possible to demonstrate that in LE comparisons it is often impossible to use the first decimal digit.

Computation of LE requires the calculation of life tables for a hypothetical cohort corresponding to the calendar period under consideration. When mortality declines rapidly, as has been the case in most countries since the mid-20th century, life tables for a hypothetical cohort say little about the age patterns of birth cohort mortality, and instead form false impressions. Counting how many people in a hypothetical cohort survived or did not survive to a certain age has no relation to any real population.

The transition from age-specific mortality rates to life expectancy is described not by a formula but by a computational procedure. This creates serious difficulties when trying to assess the impact of mortality at certain ages from certain causes of death in certain regions and population groups.

All these drawbacks are not shared by the standardized death rate (SDR), the calculation of which becomes the only option as soon as the standard population is specified. Data of the Human Mortality Database allowed us to show that mortality level estimations based on SDR almost coincide with those based on LE.

SDR is a linear function of age-specific mortality rates; therefore, it is not difficult to calculate the effect of mortality in certain ages, regions or population groups and from different causes of death on SDR.

Non-professionals perceive LE on an intuitive level as the duration of a human life, which is rather a drawback of the indicator. The use of SDR requires more explanation. But in practical research and in professional publications, focusing on SDR will facilitate the work and protect against unwarranted emotions.

Key words: mortality, life expectancy, standardized mortality rate, mortality rate.

EVGENY ANDREEV (e.andreev@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

DATE RECEIVED : MARCH 2021.

REFERENCES

- Anderson R.N. (1999). Method for constructing complete annual U.S. life tables. In *Vital and health statistics*, Series 2, Data evaluation and methods research, no. 129.
- Andreev E.M., Darskiy L.E., Kharkova T.L. (1997). *Demograficheskaya istoriya Rossii: 1927-1959* [Demographic History of Russia: 1927-1959]. Moscow: Informatika.
- Andreyev E.M. (1982). Metod komponent v analize prodolzhitel'nosti zhizni [Component method in life expectancy analysis]. *Vestnik statistiki*, (9), 42–47.
- Andreyev E.M. (2011). Ozhidayemaya prodolzhitel'nost' zhizni 70 let, ili déjà vu otechestvennoy demografii [Life expectancy of 70 years, or déjà vu of domestic demography]. *Demoskope Weekly*, 487- 488.

- Chiang C.L. (1984). *The Life Table and its Applications*. Malabar: Florida.
- Coale A., Demeny P. (1966). *Regional Model Life Tables and Stable Populations*. Princeton: Princeton University Press.
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat's task force edition*.
- Gavrilov L.A., Gavrilova N.S. (1979). Issledovaniye kineticheskikh zakonomernostey smertnosti lyudey v istoricheskom aspekte [Life expectancy of 70 years, or déjà vu of domestic demography]. *DAN SSSR*, 245(4), 1017-1020.
- Greville T. (1943). Some methods of constructing abridged life tables, *Records of the American Institute of Actuaries*, 32, 29–43.
- Institute for Demographic Studies (INED), Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *The Human Cause-of-Death Database (HCD)*. URL: <https://www.causesofdeath.org/cgi-bin/main.php>
- Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *Human Life Table Database*. Retrieved from <https://www.lifetable.de/cgi-bin/data.php> (data downloaded on 05.02.2021).
- New Economic School (2021). *The Russian Fertility and Mortality database*. Retrieved from http://www.demogr.nes.ru/index.php/en/demogr_indicat/data (data downloaded on 05.02.2021).
- Novosel'skiy S.A. (1916). *Smertnost' i prodolzhitel'nost' zhizni v Rossii* [Mortality and Life Expectancy in Russia]. Petrograd: Tipografiya Ministerstva Vnutrennikh Del.
- Rosstat (2021a). *Yestestvennoye dvizheniye naseleniya v razreze sub'yektov Rossiyskoy Federatsii po mesyatsam. 2020 god*. [Vital statistics data on regions of the Russian Federation by months. 2020 year]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (data downloaded on 08.02.2021).
- Rosstat (2021b). *Otsenka chislennosti postoyannogo naseleniya na 1 yanvarya 2021 g. i v srednem za 2020 g.* [Estimated resident population as of January 1, 2021 and on average for 2020]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (data downloaded on 19.03.2021).
- Rosstat (2021c). *Predvaritel'naya otsenka ozhidayemoy prodolzhitel'nosti zhizni pri rozhdenii po sub'yektam Rossiyskoy Federatsii za 2020 god* [Preliminary estimate of life expectancy at birth for the subjects of the Russian Federation for 2020]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (data downloaded on 19.03.2021).
- Shkolnikov V.M., Jdanov D.A., Andreev E. M., Vaupel J.W. (2014). Rapid increase in maximal country specific life expectancy across cohorts. *Advances in Gerontology*, 27(2), 229-235.
- Shukaylo V.F. (1979). O printsipakh matem. otobrazheniya sushchnosti protsessov smertnosti [On the principles of mat. displaying the essence of mortality processes]. In *Prodolzhitel'nost' zhizni: analiz i modelirovaniye* (pp. 104-123). Moscow.
- Smertnost' i prodolzhitel'nost' zhizni naseleniia SSSR 1926-1927 gg.* [Mortality and life expectancy of the USSR 1926-1927] (1930). *Tablitsy smertnosti*. Moscow – Leningrad.
- Strehler B. (1964). *Vremya, kletki i stareniiye* [Time, cells, and aging]. Moscow.
- Timonin S., Danilova I., Andreev E. M., Shkolnikov V. (2017). Recent mortality improvement in Russia: are regions following the same tempo? *European Journal of Population*, 33(5), 733-763.

TSSU SSSR (1962). *Tablitsy smertnosti i sredney prodolzhitel'nosti zhizni naseleniya SSSR. 1958-59* [Life tables and life expectancy of the population of the USSR. 1958-59]. Moscow: Gosstatizdat.

United Nations (1982). *Model Life Tables for Developing Countries* (United Nations publication, Sales No. E.81.XIII.7).

University of California, Berkeley, and Max Planck Institute for Demographic Research (2021). *The Human Mortality Database. U.K., United Kingdom Total Population*. Retrieved from https://www.mortality.org/cgi-bin/hmd/country.php?cntr=GBR_NP&level=1 (data downloaded on 05.02.2021).

World Health Organization (2021). *WHO Mortality Database*. URL: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>

АНТИАБОРТНАЯ ПОВЕСТКА В КОНСЕРВАТИВНОМ ДИСКУРСЕ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ КАМПАНИИ, ПРАВОВЫЕ ИНИЦИАТИВЫ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ

ЖАННА ЧЕРНОВА, ЛАРИСА ШПАКОВСКАЯ

В статье рассматриваются процессы консервативной мобилизации в России в 2000-2010 гг. как разворачивания пропагандистских идеологических кампаний, направленных на решение демографических проблем, прежде всего на увеличение рождаемости, с использованием консервативной риторики традиционной семьи, традиционных ценностей и традиционных гендерных ролей. Основным исследовательским фокусом статьи является дискурс об аборте. Государственная антиабортная пропаганда рассматриваются как «лакмусовая бумажка» происходящих процессов ретрадиционализации государственной идеологии и инструментов регулирования репродукции и сексуальности. Анализируя законодательные и региональные инициативы антиабортной направленности, авторы выделяют набор основных действующих публичных акторов регионального и федерального уровня, а также используемую ими риторику. В статье показано, что начиная с 2000-х годов одним из ведущих акторов, выступающих за отмену права на аборт, является Русская православная церковь (РПЦ). На федеральном уровне присутствуют публичные акторы, которые сдерживают принятие антиабортного законодательства и разворачивают последовательную критику проабортной риторики. В то время как на региональном уровне акторы – проводники консервативной мобилизации более эффективно опираются на государственную поддержку, не встречая заметной критики в свой адрес. Содержательно антиабортная риторика вписана в дискурс демографических проблем и сокращения численности населения как угрозы национальной безопасности страны. Она нацелена на регулирование поведения граждан в сфере интимности, их телесности и морального облика, таким образом представляя собой вариант биополитики в терминах Мишеля Фуко. В этом смысле конечной целью консервативной мобилизации являются управляемые граждане, индоктринированные идеологией традиционно семейного образа жизни и многодетности.

Ключевые слова: антиабортная риторика, консерватизм, рождаемость, традиционные семейные ценности, анализ дискурса.

ВВЕДЕНИЕ

С середины 2000-х годов в российском политическом дискурсе происходит отчетливое усиление консервативного тренда, что особенно заметно на примере политизации вопросов брачно-репродуктивного поведения граждан (Захаров 2012; Сакевич, Денисов, Ривкин-Фиш 2016).

ЖАННА ВЛАДИМИРОВНА ЧЕРНОВА (chernova30@mail.ru), Социологический институт РАН — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Россия.

ЛАРИСА ЛЕОНИДОВНА ШПАКОВСКАЯ (slarisalarisa@gmail.com), Социологический институт РАН — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения науки Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Россия.

Статья поступила в редакцию в апреле 2021 г.

Она приобретает смысл «возрождения традиций» и «сохранения традиционных семейных ценностей», связана с критикой либерального гендерного дискурса и носит ярко выраженный антизападный характер. В качестве примера можно привести пропагандистские кампании, направленные на ограничение репродуктивных прав женщин, против введения ювенальной юстиции, на запрет пропаганды гомосексуальности (Муравьева 2014).

Консервативный поворот, происходящий в современных обществах в последние годы, имеет как глобальное, так и локальное измерение и представляет собой сложно организованное явление. С одной стороны, он разворачивается в более широком контексте индивидуализации и плюрализации гендерных отношений и жизненных биографий. Эти изменения концептуализируются такими теориями, как теория рефлексивной модернизации (Giddens 1991), общества риска (Бек 2000), второго демографического перехода (Van de Kaa 1987). Они постулируют усиление индивидуализации, роли выбора и рефлексивности в современных обществах. Иначе говоря, они обращают внимание на то, что все аспекты человеческой биографии становятся предметом индивидуального выбора, а не следования традиции. Применительно к браку и репродукции это означает трансформацию их смысла, приобретает свойства личных, планируемых и сознательных решений и выборов (Гидденс 2004). Социальные теоретики также обращают внимание на возрастающую значимость политического дискурса, экспертного знания и СМИ в формировании социальной рефлексивности через определение нормативных моделей поведения, в том числе в сфере семьи и репродукции (Giddens 1991; Illouz 2008).

С другой стороны, традиционная гендерная идеология и акторы, продвигающие данную повестку, становятся более влиятельными в поле публичной политики. Консервативный дискурс в самых разных контекстах выстраивается вокруг необходимости ужесточения контроля за женской репродукцией и наделяния женщин ответственностью за воспроизводство нации (Yuval-Davis 1997; Roche 2016; Graff, Ratna, Walters 2019). Гетеросексуальный брак, который интерпретируется как условие высокой рождаемости, становится точкой сборки консервативного гендерного порядка. Формирование консервативной повестки в сфере семьи и демографии предполагает не только нормализацию гетеросексуального брака в качестве нормативной модели семьи, но и аккумуляцию различного рода ресурсов акторами, которые активно участвуют в консервативной мобилизации (региональные исполнительные власти, РПЦ (Русская православная церковь), ГОНГО (Государством организованные негосударственные организации)). Вопрос о том, каким образом консервативная мобилизация происходит в современном российском обществе, насколько локальный сценарий вписывается в глобальные тенденции, нуждается в более внимательном изучении.

В данной статье мы анализируем процессы консервативной мобилизации как набор пропагандистских идеологических кампаний, направленных на решение демографических проблем и, прежде всего, на увеличение рождаемости, с использованием консервативной риторики «традиционной семьи», «традиционных семейных ценностей» и традиционных гендерных ролей. Нас также интересует, какое место занимает антиабортная риторика в процессе разворачивания дискурса консервативной мобилизации.

Для изучения консервативной мобилизации мы анализируем публикации в региональных и федеральных СМИ за 2000-2010 гг. Публикации отбирали, используя электронную базу ИНТЕГРУМ, по ключевым словам «аборт», «антиабортный», «против абортов», «право на аборт». На первом этапе были автоматически отобраны все публикации по данным ключевым словам, доступные в электронном архиве наиболее авторитетных российских СМИ ИНТЕГРУМ. Затем из массива найденных базой статей исследователи удалили публикации, не имеющие отношения к дискурсу власти. То есть в выборку попали только публикации, описывающие действия представителей региональных, федеральных властей и РПЦ, а также транслирующие высказывания и речи представителей властей всех уровней. Кроме того, в базу эмпирических материалов вошли только статьи, для которых проблема абортов является центральной по смыслу. База материалов для дискурсивного анализ была дополнена законодательными документами, имеющими отношение к демографии и здоровью (поиск документов осуществляли с использованием базы данных Консультант+). Дополнительно в нашу базу материалов вошли публикации, представляющие экспертный дискурс в области социальных наук и демографии по проблеме рождаемости. Дискурсивный анализ осуществляли с применением метода тематического анализа (Flick 2006).

КОНСЕРВАТИВНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ В РОССИЙСКОМ ПОЛИТИЧЕСКОМ ДИСКУРСЕ

Консервативная мобилизация в России в сфере семьи и репродукции обосновывается демографической ситуацией, которую переживает современное российское общество (Вишневецкий 2012a, b; Вишневецкий, Захаров 2019; Vishnevsky, Sakevich, Denisov 2018; Rivkin-Fish 2013). Институциональный дизайн и инструменты семейной политики в современной России сконцентрированы преимущественно на монетарных поддержках родительства, уделяют меньшее внимание развитию инфраструктуры заботы о детях, а также оставляют на периферии внимания государства социальные и экономические проблемы родителей, такие как социализация в новой родительской роли, социальная изоляция женщин в период активного материнства, снижение конкурентоспособности молодых матерей на рынке труда (Chernova 2012a; Чернова 2012b; Шпаковская 2012, 2013; Ярская-Смирнова 2010). Консервативная идеология, направленная на формирование и поддержание мифа о благополучной многодетной семье, противоречит сложившейся за десятилетия советской власти модели профессионального, семейного и репродуктивного поведения женщин: малодетность, высокий уровень участия женщин в оплачиваемой занятости, высокая разводимость и как следствие большое число материнских семей, где женщина является единственным кормильцем (Здравомыслова, Темкина 2003; Роткирх, Темкина 2007; Печерская 2012).

Консервативная мобилизация в ее сегодняшнем виде стала возможна благодаря тем социальным, политическим и культурным трансформациям позднесоветского общества 1980-х годов, которые по сути представляли собой «консервативную революцию» (Магун 2010). Актуализация консервативного дискурса во внутренней политике государства была связана с обсуждением проблем демографии (Сакевич, Денисов, Ривкин-Фиш 2016).

В 2006 г. Президент РФ В.В. Путин в своем послании Федеральному собранию констатировал, что демографические проблемы в обществе, связанные с уменьшением рождаемости, являются результатом распространения среди молодежи внесемейных ценностей¹. Этот тезис обосновывал необходимость возрождения «традиционных семейных ценностей» и «традиционной семьи» как необходимого условия повышения рождаемости. Концепция государственной политики в отношении молодой семьи определяет в качестве цели семейной политики популяризацию в обществе, особенно в молодежной среде, «духовно-нравственных ценностей дореволюционной семьи»². Знаковым событием для раскручивания консервативной мобилизации явилось учреждение в 2008 г. Дня семьи, любви и верности (8 июля) под покровительством Петра и Февронии – канонизированных символов христианского брака.

Кроме символического укрепления традиционной семьи, государство предпринимало попытки поддерживать данный нормативный образец экономическими мерами. Так, например, в 2012 г. в Закон о государственной социальной помощи были внесены дополнения, предусматривающие «для малоимущих граждан, многодетных семей, семей, воспитывающих детей-инвалидов...»³ введение безвозмездных ссуд на организацию семейного бизнеса. Согласно этому закону семья, которая может претендовать на подобные ссуды, должна быть официально зарегистрированной, полной и многодетной, т. е. иметь не менее двух детей. В Концепции государственной семейной политики в РФ до 2025 г.⁴ акцент делается на экономическом благополучии родителей как основы стабильной семьи и социальной стабильности в целом. Такая риторика наглядно демонстрирует, что в государственной перспективе родители (в первую очередь матери) являются не субъектом политики, а ее инструментом, который в случае правильного использования должен способствовать поддержанию эффективной реализации государственных задач по обеспечению экономической и социальной стабильности общества. Государственный инструментализм в отношении семьи выражается также в публичных обсуждениях возможности введения таких дисциплинирующих мер, как повышение пошлины на развод, введение налога на бездетные супружеские пары, не имеющие, но способные иметь детей, сокращение показаний к социальным абортam.

¹ Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 10.05.2006 (2006). Консультант-Плюс. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=60109>

² Концепция государственной политики в отношении молодой семьи, утвержденная 8 мая 2007 г. Министерством образования и науки РФ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_98438/

³ Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 №178-ФЗ. *КонсультантПлюс*. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 25.08.2014 №1618-р «Об утверждении Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_167897/

АНТИАБОРТНАЯ РИТОРИКА⁵ КАК СИМВОЛИЧЕСКИЙ ИНДИКАТОР РОССИЙСКОГО КОНСЕРВАТИЗМА

Постепенное нарастание консервативных тенденций в российском обществе начинается с 2000-х годов при активном участии РПЦ, которая задает рамку обсуждения морально-нравственных вопросов, выступая в качестве главного транслятора традиционных взглядов на отношения между полами. Современное прочтение традиционных семейных ценностей по сути выступает синонимом антиабортной позиции. Проблема абортов является лакмусовой бумажкой происходящих процессов ретрадиционализации государственной идеологии и инструментов регулирования сексуальности.

При активной поддержке руководства РПЦ была введена такая мера, как «неделя тишины», которая практикуется с 2011 г. Тогда же был принят Закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ»⁶, который, в частности, регламентирует порядок проведения абортов. Женщинам, которые решили сделать аборт, в зависимости от срока беременности предлагается подождать от двух до семи дней. В течение этого времени их должен осмотреть гинеколог, на УЗИ им показывают плод, дают послушать его сердцебиение, *проводят консультацию психолога*. Введение этой меры вызвало противоречивую реакцию со стороны общества. Феминистские организации выступали против использования такого воздействия на женщин, считая это способом принуждения к принятию решения о рождении ребёнка⁷. Несмотря на эти выступления, «неделю тишины» стали активно применять в государственных медицинских учреждениях.

Примерно с начала 2010-х годов активно ведутся политические дискуссии об ограничении доступа к абортам (Сакевич, Денисов, Рывки-Фиш 2016). Руководство РПЦ неоднократно высказывалось за вывод абортов из системы ОМС. Оно регулярно обращается к представителям федеральной власти с требованием ограничить репродуктивные права женщин, оставив возможность проведения аборта только на платной основе. Эту позицию поддерживают ряд консервативно настроенных официальных лиц. Наиболее ярким примером является позиция Уполномоченной по правам ребенка А. Кузнецовой: *«Я мечтаю, чтобы было время, когда ни одна женщина не намеревалась и даже мысли не возникло, чтобы сделать аборт»*⁸. Для этого, по ее мнению, необходимо расширить практики помощи женщинам, которые находятся в кризисной ситуации и собираются делать аборт. Помимо телефона доверия, юридической и психологической помощи женщинам, детский омбудсмен добилась, чтобы уроки семейного счастья (курс

⁵ Под антиабортной риторикой мы понимаем систему интерпретаций, аргументирующую полный запрет или существенное ограничение права женщин на проведение медицинской процедуры по искусственному прерыванию беременности.

⁶ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 20.11.2011 №323-ФЗ.
URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

⁷ Радулова Н. (2011). Мое тело-мое дело. *Огонёк*, 36, 52. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/1763592>

⁸ Анна Кузнецова рассказала о планах по решению проблемы абортов в России (2019). *РИА Новости*, 10.01.2019. URL: https://ria.ru/20190110/1549193777.html?fbclid=IwAR3hCNCJzhix0FJas1jcHPjc1_xaBugG8XiVHjAgZsjaB-HKvi_i21yMIXQ

«Семьеведение» в общеобразовательных школах) вошли в План десятилетия детства, который реализуется в России с 2018 по 2027 г.

Более умеренную позицию, не поддерживающую полный запрет аборт, занимают представители Министерства здравоохранения и медицинского сообщества. Она связана с опасением, что запрет приведет к росту числа криминальных абортов и негативным последствиям: увеличению показателей материнской и младенческой смертности⁹. Экономическая целесообразность запрета, на которой настаивают консерваторы, отрицается руководством Минздрава.

В сентябре 2018 г. Следственный комитет (СК) РФ выступил с инициативой ввести термин «плод человека» в статью 124.1 Уголовного кодекса РФ для того, чтобы можно было бы применять уголовную ответственность за гибель ребенка до его рождения. В нынешней редакции УК РФ такого термина не существует и плод человека не является субъектом уголовного права. Позиция СК РФ обусловлена тем, что *«в последнее время к нам поступает много жалоб, и мы возбуждаем уголовные дела и процессуальные проверки по факту смерти плода, в том числе и во время родов. Зачастую судебно-медицинские эксперты устанавливают прямую причинно-следственную связь между действиями врачей и гибелью плода. Но так как плод еще не отделился от матери, то по закону гибель до момента рождения не попадает под статьи УК, и мы не можем привлечь к ответственности врачей за ненадлежащее оказание помощи при родовспоможении и вынуждены прекращать уголовное преследование»*¹⁰. Профессиональное медицинское сообщество выступило с резкой критикой этого предложения, ссылаясь на возможность необоснованного уголовного преследования врачей. Несмотря на то, что официально предложение СК РФ сделать плод человека субъектом уголовного права связано с попытками ввести наказание за халатность врачей и не связано с антиабортной риторикой, на практике введение этой юридической нормы может быть использовано противниками абортов как механизм давления на врачей и принуждения их к отказу от этой медицинской процедуры.

В августе 2018 г. депутат Законодательного собрания Санкт-Петербурга А. Цивилев обратился в Министерство здравоохранения РФ с предложением запретить возможность воспользоваться процедурой ЭКО незамужним женщинам. Депутат считает, что эта процедура должна быть доступна только для тех женщин, кто состоит в официально зарегистрированном или гражданском браке. На данный момент Минздрав рассматривает это обращение. Несмотря на то, что непосредственно данная инициатива не связана с запретом абортов, она, тем не менее, также иллюстрирует консервативный подход в современной российской семейной политике, цель которой не просто повышение рождаемости, а поддержка рождений детей у «правильных» с точки зрения государства родителей.

⁹ Вероника Скворцова: в нашей стране уже есть негативный опыт полного запрета абортов. ТАСС. Интервью. 3.10.2016. <https://tass.ru/interviews/3672086> (Дата обращения 01.07.2021)

¹⁰ Следственный комитет на защите прав. *Мед новости*, 13 сентября, 2018 <https://medportal.ru/mednovosti/sledstvennyu-komitet-na-zaschite-prav-ploda/> (Дата обращения 26.03.2021).

25 января 2019 г. депутат Государственной думы (ГД) В. Милонов выступил с инициативой приравнять аборт к убийству и ввести за него уголовное наказание: «*Не надо прикрываться нейтральными терминами типа "прерывание беременности" или "нежелательный плод". Это убийство человека, находящегося в утробе матери, и точка*»¹¹.

По статистике происходит снижение числа абортов: в 2010 г. в России было зарегистрировано 1186,1 тыс. абортов, а в 2019 г. – уже 621,7 тыс. (включая выкидыши)¹². Заместитель министра здравоохранения Т. Яковлева отметила, что влияние на ситуацию с абортами оказало информирование женщин: в каждой женской консультации организованы центры психологической и социальной поддержки беременных^{13,14}. Демографы, однако, главной причиной снижения количества абортов называют распространение современной контрацепции среди россиян (Вишневский, Денисов, Сакевич 2017).

13 февраля 2019 г. в ГД РФ создана рабочая группа под руководством П. Толстого для обсуждения законодательных инициатив, предложенных РПЦ. Один из ключевых вопросов – предложение вывести аборт из системы ОМС, с которым руководство РПЦ регулярно обращается к власти. Риторика главы РПЦ выстраивается вокруг правовых (право нерожденного ребенка на жизнь) и экономических (использование средств налогоплательщиков) аргументов. Во время открытия Рождественских парламентских встреч в ГД РФ глава РПЦ назвал проблемой оплату налогоплательщиками абортов, совершенных не по медицинским показаниям (названа цифра в 5 млрд рублей в год)¹⁵. В связи с этим он отметил, что следует признать право на жизнь за нерожденным ребёнком: «Напомню, что право на жизнь, гарантированное Конституцией России, должно подразумевать ее защиту с момента зачатия. Любые формы посягательства на жизнь человека, в том числе аборт, являются нарушением этого правила». Глава РПЦ регулярно выступает с предложениями вывести из ОМС аборт, совершаемые не по медицинским показаниям. Так, например, в своем выступлении на открытии Рождественских парламентских встреч в ГД РФ 30.01.2019 он говорил: «*вынужден сказать, что законодательные изменения в этом вопросе не произошли. До сих пор налогоплательщик*

¹¹ Милонов предложил приравнять аборт к убийствам (2019). *РИА Новости*, 25.01.2019

URL: <https://ria.ru/20190125/1549887529.html?fbclid=IwAR1Ktf5pIc4-REqvbyoI-abnR4CzMZTCqbgrbvWm92FGIKLVPKZ0vjC8plA>

¹² Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС).

URL: <https://fedstat.ru/indicator/31595>

¹³ В минздраве выступили против запрета абортов (2019). *Правмир*, 15.02.2019.

URL: <https://www.pravmir.ru/v-minzdrave-vyistupili-protiv-zapreta-abortov/?fbclid=IwAR3mDslWBM-czxP63WNfb5Yb24OIrOXcfTVEtKECjlmGmqeLkejBYmnstWc>

¹⁴ В минздраве выступили против запрета абортов (2019). *Правмир*, 15.02.2019.

URL: <https://www.pravmir.ru/v-minzdrave-vyistupili-protiv-zapreta-abortov/?fbclid=IwAR3mDslWBM-czxP63WNfb5Yb24OIrOXcfTVEtKECjlmGmqeLkejBYmnstWc>

¹⁵ Слово святейшего Патриарха Кирилла на открытии VI Рождественских парламентских встреч в Совете Федерации (2016). *Международные рождественские образовательные чтения*, 29.01.2016.

URL: <https://mroc.pravobraz.ru/slovo-svyatejshego-patriarxa-kirilla-na-otkrytii-iv-rozhdestvenskix-parlamentskix-vstrech-v-sovete-federacii/>

платит за то, что медицинской помощью не является и являться не может: за то, чтобы бесплатно избавиться от нежелательного ребёнка»¹⁶.

Отвечая на запрос со стороны консервативного лобби, Министерство здравоохранения пересмотрело список показаний к аборту на поздних сроках по ОМС. В декабре 2020 г. на Федеральном портале законопроектов был размещен проект приказа «Об утверждении перечня медпоказаний для искусственного прерывания беременности», который сокращал перечень таких показаний с точки зрения как здоровья женщины, так и нарушений плода. Данный проект был вынесен на общественное обсуждение и вызвал критику со стороны феминистки ориентированных общественных деятелей и организаций¹⁷, в то время как медицинские эксперты утверждали, что значимых изменений в существовавший ранее список показаний (принятый в 2007 г.) не было внесено¹⁸.

Успешность и эффективность РПЦ в качестве «разработчика» консервативной идеологии обусловлена статусом этого актора в современном контексте государственной политики, дающим ему доступ к институциональным инструментам (вос)производства новой традиции, в первую очередь через возможность влиять на позицию федеральных и региональных властей. В то время как маргинализация феминистской повестки в официальной идеологии и слабая позиция феминистских организаций, выступающих против ограничения репродуктивных прав женщин, в поле публичной политики значительно снижает способность этих организаций выиграть в борьбе за определение традиции. В данной ситуации представители медицинского профессионального сообщества, а также Министерства здравоохранения, занимающие более умеренную позицию и не поддерживающие полный запрет аборт, выступают сдерживающей силой. Их аргументация не связана с морально-нравственными категориями и не претендует на переопределение смысловых значений этого репродуктивного выбора. Экспертная позиция связана с опасением, что полный запрет приведет к росту числа криминальных абортов и их негативным последствиям для здоровья женщин.

ГОСУДАРСТВОМ ОРГАНИЗОВАННЫЕ НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ (ГОНГО) КАК ПРОВОДНИКИ АНТИАБОРТНОЙ ПОВЕСТКИ

Позиция государства как наиболее значимого политического актора, обладающего большим объемом различного рода ресурсов, является ключевой для определения

¹⁶ Патриарх Кирилл ответил противникам вывода абортов из ОМС (2019). *Regnum.ru*, 30.01.2019.

URL: <https://regnum.ru/news/society/2562701.html>

¹⁷ «Биополитика»: Оксана Пушкина раскритиковала проект приказа минздрава об ограничении прав женщин на аборты перечнем патологий (2020). *Новая газета*, 14.12.2020.

URL: <https://novayagazeta.ru/news/2020/12/14/166411-biopolitika-oksana-pushkina-raskritikovala-proekt-prikaza-minzdrava-ob-ogranichenii-prav-zhenschin-na-aborty-perechnem-patologiy>

¹⁸ Минздрав: проект приказа о перечне медицинских показаний для аборта не отменяет прерывание беременности по желанию женщины (2020). *Новая газета*, 14.12.2020.

URL: <https://novayagazeta.ru/news/2020/12/14/166431-minzdrav-proekt-prikaza-o-perechne-meditsinskih-pokazaniy-dlya-aborta-ne-otmenyaet-preryvaniya-beremennosti-po-zhelaniyu-zhenschiny>

повестки, формирования и регламентации направлений деятельности НКО в сфере регулирования рождаемости. Государственная поддержка на идеологическом, институциональном и финансовом уровнях позволила в 1990-х - начале 2000-х годов создать сеть центров планирования семьи, разрабатывать программы сексуального образования подростков и молодежи. В этот период в решении проблемы высокого уровня абортотакже принимали участие НКО, получавшие поддержку от зарубежных фондов.

Начиная с середины 2000-х годов изменяются нормативно-правовые основания регулирования и финансирования деятельности НКО (например, организация Фонда Президентских грантов), в первую очередь в социальной сфере (Owen, Bindman 2017: 100). Наряду с этим были введены санкции за получение финансирования из ряда зарубежных источников, что привело к тому, что аффилиация с государством и РПЦ, получение финансирования из государственных и олигархических фондов по сути стала единственной возможной стратегией для сохранения деятельности НКО. Как было показано выше, антиабортная риторика как один из ключевых инструментов пропаганды традиционных ценностей и «традиционной модели семьи» дает импульс для развития целого ряда консервативно-ориентированных организаций и инициатив. В научной литературе для обозначения подобных общественных организаций, созданных по инициативе и на деньги государства, используется аббревиатура ГОНГО/GONGO (Hasmath, Hildebrandt, Hsu 2019).

Одной из наиболее крупных и влиятельных ГОНГО, которые открыто заявляют о своей антиабортной позиции, является Фонд Апостола Андрея Первозванного, который с 2006 г. реализует программу «Святость материнства»¹⁹. Под ее эгидой проводятся регулярные форумы («Святость материнства», «Многодетная семья и будущее человечества»), в работе которых принимают участие представители федеральной и региональной властей, ведущих религиозных конфессий, НКО, выступающие в поддержку традиционных семейных ценностей. Тесное сотрудничество с властью позволяет сотрудникам программы участвовать в разработке политических документов в сфере семейной политики, например, вносить инициативы в концепцию семейной политики РФ, лоббировать введение программы «Семьеведение» в образовательные стандарты средней школы.

Одним из приоритетных проектов, реализуемых фондом, является программа «Ты не одна», ориентированная на поддержку женщин, «оказавшихся в силу жизненных трудностей в ситуации репродуктивного выбора». Данный проект ориентирован не только на работу с женщинами, его задача – обеспечить включение ставок психологов в учреждениях родовспоможения. С 2016 г. совместно с Министерством здравоохранения РФ фонд также проводит Всероссийский конкурс «Святость материнства», который ориентирован на специалистов – работников здравоохранения, психологов и социальных работников, выступающих против абортов. В конце каждого года подводятся итоги работы и награждаются победители конкурса: специалисты, которые смогли отговорить от абортов наибольшее число женщин. Так, в конкурсе 2018 г. приняли участие 300 человек из 60 регионов. В одной из номинаций победила социальный работник перинатального центра

¹⁹ Святость материнства. Фонд Апостола Андрея Первозванного <http://fap.ru/programs/svyatost-materinstva/> (дата обращения 16.06.2021).

в г. Тобольске, которая была награждена медалью «Святость материнства» за то, что смогла сделать так, чтобы 40 женщин, обратившихся в центр, решили сохранить беременность²⁰.

Значительными финансовыми и административными ресурсами располагает Фонд социально-культурных инициатив (Президент Фонда – Светлана Медведева), который на протяжении ряда лет проводит акцию «Подари мне жизнь!»²¹. В рамках акции проводятся не только мероприятия просветительского характера, рассказывающие о вреде аборта, но поддерживаются региональные инициативы по введению моратория на операции по прерыванию беременности. Мораторий, как правило, приурочен к Дню семьи, любви и верности, который отмечается в России с 2008 г. Данная акция проводится при поддержке Министерства здравоохранения РФ.

Еще одним примером ГОНГО является общероссийское общественное движение «За жизнь!», которое сформировалось вокруг одноименного фестиваля, проходящего с начала 2010-х годов²². Территориально движение охватывает 103 региона, в него входят представители РФ, Украины, Белоруссии, а также Сербии. Главная цель движения – защита «жизни» и «семейных ценностей», под которой понимается борьба с абортами средствами пропаганды. Движение активно участвует в разработке и продвижении законопроектов по защите «жизни детей с момента зачатия». Важным направлением работы движения является противоабортное консультирование: убеждение женщин отказаться от прерывания беременности, подготовка специалистов, поддерживающих антиабортную позицию, распространение наглядных материалов о вреде абортов.

Крупной пропагандистской кампанией данного движения был сбор подписей в поддержку петиции о запрете абортов (9 февраля 2016 г., Инициатива №87Ф21245). Организаторы этой акции заявляют, что смогли собрать 1 млн подписей, в том числе получить одобрение главы РПЦ²³, что позволяет им воспользоваться Указом Президента РФ от 4 марта 2013 г. №183 «О рассмотрении общественных инициатив, направленных гражданами Российской Федерации с использованием интернет-ресурса «Российская общественная инициатива»²⁴. Согласно Указу такие петиции (с условием, что они размещались на сайте Российской общественной инициативы) должны рассматриваться специальными экспертными группами, рекомендующими их к рассмотрению соответствующим органом власти, в том числе Государственной думой. Однако на сайте Российской общественной инициативы, где опубликована данная петиция, указано, что собрано 100 192 голоса «за» и 2 972 голоса «против»²⁵, вследствие чего эксперты

²⁰ Тобоячка Инга Ягунова за 1,5 года отговорила от аборта 40 женщин (2018). *Уральский меридиан*. URL: https://ural-meridian.ru/news/89338/?fbclid=IwAR04epZ9VCXwtn5mm-4LDV9W0gZM_9Nwc_uWdWT5A7m7xGYW_U6LkHjSA70

²¹ Подари мне жизнь. Фонд социально-культурных инициатив. URL: <http://www.fondsci.ru/projects/social/367/>

²² Общероссийское общественное движение АНО «За жизнь». URL: <https://rusprolife.ru>

²³ Петиция в защиту детей до рождения. *Общероссийское общественное движение АНО «За жизнь»*. URL: <https://rusprolife.ru/petitsiya-za-zapret-abortov/>

²⁴ Указ Президента РФ от 4 марта 2013 г. №183 «О рассмотрении общественных инициатив, направленных гражданами Российской Федерации с использованием интернет-ресурса "Российская общественная инициатива"». URL: <http://base.garant.ru/70326884/#ixzz6xwgvCXUj>

²⁵ Оплата государством абортов только по медицинским показаниям. *Российская общественная инициатива*. URL: <https://www.roi.ru/21245/>

правительства признали ее нецелесообразной, хотя и одобрили саму идею снижения количества абортотв.

Другим примером продвижения антиабортной повестки с участием ГОНГО является учреждение благотворительным фондом «Женщины за жизнь» в декабре 2018 г. премии «Амбассадор защиты жизни до рождения»²⁶. Это награда в виде значка, которой будут награждать тех, кто выступает против абортов. Одним из направлений деятельности фонда является проект «Спасенные»: *«До спасения жизни может разделять одно слово. Ежедневно мы проводим интернет-мониторинг и находим женщин, которые думают об аборте. Под руководством перинатальных психологов волонтеры беседуют с такими женщинами, убеждая их оставить ребенка. Если нужна адресная помощь, Фонд старается её оказать. Победы наших волонтеров – это решения в пользу жизни. Скриншоты с радостными вестями мы публикуем в наших соц. сетях»*²⁷. На сайте фонда нет информации о том, каким образом проводится поиск и мониторинг женщин, как проходит работа с ними, однако регулярно публикуются отчеты о проделанной работе, где можно узнать, что: *«Спасено 46 младенцев за май. Всего спасено 2186 (июнь 2021 года)»*, а также пользователи могут поделиться «своей историей» о том, как женщины сохранили беременность благодаря фонду.

Рекламный ролик «Победили мы фашистов! Одолеем абортистов!»²⁸, выпущенный осенью 2018 г. «Фондом семьи и демографии во имя святых Петра и Февронии» (ныне покойный, первый руководитель – протоиерей Дмитрий Смирнов), является показательным примером инициативы антиабортной пропаганды. Этот ролик интересен двумя характерными особенностями. Во-первых, в социальной рекламе, пропагандирующей рождаемость (например плакаты в московском метро «Стране нужны ваши рекорды»), единственным родителем является мать. Фигура отца не представлена ни на плакате, ни в ролике. По сути, мы можем говорить о современной версии советского гендерного контракта, когда материнство было социальной обязанностью женщины. Во-вторых, слоган данного рекламного ролика, а также символическая отсылка к атрибутике акции «Бессмертный полк», которая ежегодно проходит 9 мая во всех городах страны. Использование символики самого главного официального праздника современной России – Дня Победы, а также сравнение сторонников абортов с фашистами воспроизводит позицию власти (государства и церкви) по демографическим проблемам как проблему национальной безопасности, угроза которой приравнивается к угрозе потери страны в ходе Второй мировой войны.

Таким образом, антиабортная риторика начинает активно разворачиваться при помощи НКО, деятельность которых легитимируется и поддерживается государством и РПЦ. ГОНГО выступают проводниками консервативной идеологии, что позволяет им аккумулировать идеологические и материальные поддержки, вовлекая женщин в свои инициативы и создавая видимость поддержки населением традиционных семейных

²⁶ Премия фонда. *Благотворительный фонд «Женщины за жизнь»*. URL: <https://womenprolife.ru/projects/17>

²⁷ Сохрани в себе человека. *Благотворительный фонд «Женщины за жизнь»*. URL: <https://womenprolife.ru>

²⁸ Победили мы фашистов! Одолеем абортистов! *Youtube*. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=aqnSOL1rzY>

ценностей. В своих пропагандистских кампаниях они используют мобилизационную военную риторику, призывая женщин отказаться от абортов для «спасения нации» и «достижения национальных интересов».

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ СЕТИ ПОДДЕРЖКИ АНТИАБОРТНОЙ ПОЛИТИКИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

В данном параграфе мы покажем, каким образом на уровне регионов формируются институциональные сети поддержки антиабортной политики как индикатора консервативной мобилизации, которая активно разворачивается в последние годы на национальном уровне. Улучшение приоритетных демографических показателей является для представителей региональных властей одним из показателей для оценки эффективности их деятельности. Кооперация исполнительной власти с консервативно-ориентированными акторами, в первую очередь с РПЦ, позволяет регионам не только проводить семейную политику, не противоречащую приоритетам, обозначенным на национальном уровне, но и аккумулировать дополнительные ресурсы для реализации подобных проектов. Для понимания того, как разворачивается консервативная мобилизация в современном российском обществе, как выстраивается антиабортная риторика и какие акторы участвуют в формировании и продвижении антиабортной повестки, мы анализируем ряд региональных инициатив, которые представляются наиболее показательными с точки зрения создания форм сотрудничества между государственными и религиозными органами.

Местные власти творчески подошли к разработке мер практической реализации решений Минздрава по профилактике абортов. Например, в Волгоградской области при Волгоградской епархии создали мобильную службу по предотвращению абортов, в которую входил священник и представители областных комитетов социальной защиты населения и здравоохранения. Задача службы состояла в том, чтобы оказывать помощь в пропаганде семейных ценностей, профилактике абортов и организовывать доабортное консультирование. Предполагалось, что сотрудники службы будут встречаться с главврачами медучреждений, в том числе женских консультаций и роддомов, а также семьями, принявшими решение об аборте, для того, чтобы отговорить (в первую очередь, женщин) от совершения этой медицинской процедуры. Вопрос, откуда сотрудники мобильной службы получают информацию о конкретных семьях, принимающих решение о прекращении беременности, не обсуждается²⁹.

На Дальнем Востоке повышение уровня рождаемости и профилактика абортов являются приоритетными направлениями региональной демографической политики. Успешным регионом считается Хабаровск, где за год работы число женщин, отказавшихся от абортов, увеличилось на 22%. Этот опыт оценивается как успешный, который

²⁹ Лопатин В. (2019). В Волгоградской епархии создали мобильную службу по предотвращению абортов. *Новости Волгограда.ру*, 04.02.2019. URL: <https://novostivolgograda.ru/news/society/04-02-2019/v-volgogradskoy-eparhii-sozdali-mobilnuyu-sluzhbu-po-predotvrascheniyu-abortov>

необходимо распространить и на другие регионы. Работа по профилактике аборт, по мнению О. Пономаревой – эксперта Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Госдумы РФ, предполагает, во-первых, консультирование женщин, в том числе онлайн (вебинары), семейными психологами и другими специалистами. Во-вторых, «мониторинг среди сотрудников здравоохранения региона, которые принимают решения по демографической политике, в той или иной степени. Уверена, что среди них есть много тех, кто поддерживают высокий уровень толерантности к абортам. Если они считают, что это допустимо, то это мнение экстраполируется на других специалистов. Нам нужно здесь активно работать, чтобы не допускать этого. Мы готовы оказать помощь и уверена, что через год мы уже увидим положительные результаты»³⁰.

В 2018 г. в трех регионах России ввели четырёхдневный мораторий (временный запрет) на проведение аборт³¹: в Приморском крае – с 31 июля по 3 августа, в Якутии, в Рязанской области – с 9 по 15 июля. Подобная инициатива проходила в рамках акции «Подари мне жизнь!», устроенной Фондом социально-культурных инициатив Светланы Медведевой совместно с Минздравом РФ.

В Красноярске в женских консультациях реализуется проект «Врачи за жизнь», также направленный на профилактику аборт. В марте 2018 г. роддом №4 г. Красноярск получил грант на проведение семинаров, направленных на сохранение жизни, в рамках конкурса «Православная инициатива 2017-2018», проходящего под эгидой РПЦ. В конце декабря в краевом Минздраве прошло награждение победителей конкурса – врачей 15 женских консультаций, которые отговорили обратившихся к ним женщин от аборт. В качестве награды вручали ангела из бисера, сделанного школьниками. Количество наград соответствовало числу «спасенных жизней»³².

С 1 декабря 2018 г. в Пензенской области женщины, которые обратились за направлением на аборт по ОМС, должны пройти «комиссию» в составе главы района, заместителя по социальным вопросам, главного врача, психолога, а также представителей женских организаций. Итогом работы комиссии должно быть решение женщины сохранить беременность. Руководство области рассматривает это как работу, направленную на профилактику аборт и ссылается на «удачный» опыт Нижнеломовского района Пензенской области, где в 2018 г. прервать беременность решили 50 женщин, 20 из которых после работы комиссии отказались от аборт.

В конце января 2019 г. губернатор Пензенской области Иван Белозерцев пригрозил увольнением главам муниципалитетов в случае отказа проводить личные встречи с женщинами, которые хотят сделать аборт. По его словам, чиновники обязаны выяснить причину такого решения: «С каждой женщиной, заявившей о своем решении прервать

³⁰ Сокращать число аборт на Колыме будут с помощью вебинаров и наблюдения за врачами (2018). *MagadanMedia*, 10.12.2018. URL: <https://magadanmedia.ru/news/768149/?fbclid=IwAR3-uqVFlyW-910SGoBbmQW8-kL4y0i2HKwoAQ8ZmzP1fvWqmXnBk22NSY8>

³¹ Мишина В. (2018). Мораторий на аборт объявлен в просветительских целях. *Коммерсантъ*, 138. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3706048>

³² Организаторы проекта «Врачи за жизнь» награждают лучших врачей, которые мотивируют женщин к сохранению беременности (2018). *Министерство здравоохранения Красноярского края*, 21.12.2018. URL: <https://kraszdrav.ru/news/7016>

беременность, должны встретиться и побеседовать главврач женской консультации, психолог, представительницы активной женской общественности и в обязательном порядке — глава муниципального образования, чтобы выяснить причины такого решения. Если дело в тяжёлом материальном положении или плохих бытовых условиях, помочь найти выход»³³.

В 2019 г. в Ижевске началась кампания по открытию противоабортных кабинетов на базе государственных медицинских учреждений. Данная форма работы с женщинами, решившими сделать аборт, разработана при поддержке министерства здравоохранения Удмуртии и Удмуртской епархии. После обращения к врачу женщины должны пройти консультацию в противоабортных кабинетах, где врачи-консультанты подберут формы и метод оказания помощи для сохранения беременности в зависимости от конкретной жизненной ситуации женщины: гуманитарная, юридическая, психологическая помощь, временное проживание, содействие в трудоустройстве³⁴.

Подобные антиабортные компании можно встретить практически во всех российских регионах. Их анализ показывает, что на региональном уровне представители государственной власти тесно взаимодействуют с РПЦ, реализуя совместные антиабортные инициативы. При этом РПЦ выступает здесь в качестве партнера местных властей и идеологического куратора медицинских учреждений. В отличие от федерального уровня, где идеологический ландшафт является более разнообразным, на региональном уровне критика консервативной позиции РПЦ в отношении репродукции и семьи со стороны НКО и активистов мало заметна.

ПОПЫТКИ НАУЧНОЙ ЛЕГИТИМАЦИИ АНТИАБОРТНОЙ ПОЛИТИКИ

В целом в отечественном академическом дискурсе условно можно выделить две основные точки зрения по вопросам репродукции, которые вписаны в более широкий контекст оценки состояния и перспектив развития семьи. Условно можно выделить «алармистскую» и модернизационную точки зрения, представленные главным образом в работах таких авторов, как социолог семьи А. Антонов и демограф А. Вишневский соответственно. «Алармистская» позиция основана на представлении о том, что семья находится в состоянии глубокого кризиса. По мнению Антонова, произошедшая в стране трансформация семьи является частным выражением глобального мирового кризиса социального института семьи, который рассматривается как «*пороки социальной организации рыночно-индустриального типа*» (Антонов 2005: 579). Кризис семьи, одним из наиболее ярких показателей которого является снижение уровня рождаемости в том числе и в результате абортов, связывается с ослаблением социально-нормативной регуляции семейности, трансформацией культурных символов и образцов, снижением

³³ Пензенский губернатор обязал чиновников отговаривать женщин от абортов (2019). *Интерфакс*, 21.01.2019. URL: <https://www.interfax.ru/russia/647023> (Дата обращения 26.03.2021).

³⁴ В Ижевске открылся первый кабинет противоабортного консультирования (2019). *Udm-info.fu*, 06.03.2019. URL: <https://udm-info.ru/news/society/06-03-2019/v-izhevске-otkrylsya-pervyyu-kabinet-protivoabortnogo-konsultirovaniya>

ценности брака, семьи с детьми, внутрисемейного единства. «Модернизационная» позиция, напротив, утверждает, что трансформация брачно-репродуктивного поведения осуществляется в рамках более широкого процесса модернизации семьи и репродукции, «кризиса ее традиционной формы», перехода к новому типу семьи (Вишневецкий 2006: 239). А. Вишневецкий полагает, что особых оснований, чтобы драматизировать нынешнюю «семейную» ситуацию в России, нет. В массовом демографическом поведении людей не наблюдается никаких чрезвычайных изменений, частота браков, разводов, уровень рождений остаются в границах колебаний, наблюдающихся уже не одно десятилетие, а число аборт, напротив, стремится к уменьшению.

Наиболее ярким примером академической легитимации антиабортной политики, представленной как инструмент достижения национальной безопасности, является статья академика РАН В. Жукова «Законодательство об абортах: мировые тренды и национальные интересы», вышедшая в 2018 г. в научном журнале «Социологические исследования» (Жуков 2018). Публикация данного текста вызвала большой резонанс в профессиональном сообществе, поставив под сомнение легитимность этого научного журнала, опубликовавшего на своих страницах столь одиозный текст. Критические замечания в адрес автора статьи и редакции журнала касались низкого научного качества текста, его откровенной идеологической ангажированности, а также самого факта публикации подобного высказывания на страницах научного издания. Однако сам текст статьи (ее название и содержание) является крайне показательным примером того, каким образом происходит артикуляция позиции «пролайф» в академическом дискурсе, в какую риторику помещается проблема запрета абортов в современной России: защиты национальных интересов.

Основной пафос этой статьи заключается в том, что аборт – это детоубийство, это зло XXI века. Автор критикует либеральное законодательство в области репродуктивных прав женщин, действующее в РФ, и пытается доказать, что запрет абортов приведет к однозначно положительным эффектам во всех областях социально-политической и экономической жизни общества. Более того, В. Жуков утверждает, что «дальнейшая либерализация законодательства может принести значительный ущерб социально-политическому, финансовому, экономическому, демографическому, интеллектуальному развитию страны и повлиять на *электоральное поведение населения* (курсив – Ж.Ч., Л.Ш)» (Жуков 2018: 113). В этом отношении данная аргументация оперирует не только демографическими показателями, традиционными для сторонников запрета аборта, но и акцентирует прикладной характер данной проблемы: управление поведением граждан, потеря которого рассматривается им в качестве негативных последствий для власти с точки зрения возможности манипулирования общественным мнением и сохранения социальной базы поддержки правящего режима.

Пытаясь дать анализ мирового и российского законодательства, автор данной статьи однозначно защищает свою антиабортную позицию, выдвигает необоснованные утверждения и приводит ничем не подкрепленные статистические данные (Тимошенко 2019: 173). В частности, Жуков утверждает: «*В мире делается более 50 млн абортов в год. Другими словами, в утробах потенциальных матерей ежегодно убивается столько же, сколько за 6 лет Второй мировой войны*» (Жуков 2018: 113). Таким образом, автор вводит

новую трактовку зарождения человеческой жизни, статуса эмбриона и пытается обосновать отсутствие у женщины права на совершение репродуктивного выбора.

Само сравнение данных о количестве абортс с числом жертв Второй мировой войны является крайне показательным для понимания того, каким образом в современном российском дискурсе конструируется проблема абортов. Начиная с 2000-х годов, демографические проблемы рассматривались сторонниками алармистской позиции в категориях национальной катастрофы, вымирания российской нации, что является типичным для официального дискурса государства³⁵. Однако относительно недавно снижение рождаемости, которое видится сторонниками этой позиции исключительно как следствие абортов, стало определяться через апелляцию к Великой Отечественной войне, конструирование памяти о которой выступает несущим идеологическим мифом путинской идеологии. Сталинская политика по запрету абортов оценивается автором статьи как однозначно положительная, приведшая к победе над фашистской Германией: *«Когда-то Геббельс пришел к выводу: Германия никогда не победит народ, у которого 90% женщин сохраняет девственность до свадьбы. В советское время значительная часть семейных традиций сохранялась, беременность школьниц встречалась крайне редко и воспринималась как чрезвычайное происшествие и семьей, и школой, и общественностью»* (Жуков 2018:115). Необходимо отметить, что сравнение сторонников права на аборт с фашистами является достаточно распространенным риторическим приемом, который используется в официальном дискурсе: выступлениях традиционалистов, пропаганде традиционных семейных ценностей (ролик социальной рекламы «Победили мы фашистов, одолеем абортстов»). В январе 2019 г. на встрече с сотрудниками и студентами медицинских вузов глава РПЦ сравнил женщин, которые сделали аборт по медицинским показаниям, с фашистами: *«Убивая плод, который в чем-то неполноценен, мы убиваем инвалида. Так делал только Гитлер – у него жить должны были только здоровые. Подправлять человеческую расу только потому, что из эмбриона не получится хороший акробат, – это преступление против человечности»*³⁶.

Аргументируя свою антиабортную позицию и необходимость законодательного ужесточения репродуктивных прав, Жуков пытается риторически «играть на правовом поле», ссылаясь на статьи Конституции РФ. Так, ст. 28 гарантирует гражданам свободу совести, включая право свободно иметь религиозные и иные убеждения и действовать в соответствии с ними. По мнению автора, это конституционное право систематически нарушается применительно к врачам-гинекологам: *«Однако направление на аборт и*

³⁵ Так, в Послании Президента РФ Федеральному Собранию в 2000 г. было заявлено: «Нас, граждан России, из года в год становится все меньше и меньше. Уже несколько лет численность населения страны в среднем ежегодно уменьшается на 750 тысяч человек. И, если верить прогнозам, а прогнозы основаны на реальной работе, реальной работе людей, которые в этом разбираются, этому посвятили всю свою жизнь, уже через 15 лет россиян может стать меньше на 22 миллиона человек. Я прошу вдуматься в эту цифру: седьмая часть населения страны. Если нынешняя тенденция сохранится, *выживаемость нации окажется под угрозой (курсив – Ж.Ч., Л.Ш)*. Нам реально грозит стать дряхлеющей нацией. Сегодня демографическая ситуация – одна из тревожных» (Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 15.01.2020 (2020). *Консультант Плюс*. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_LAW_342959/#dst0).

³⁶ «Только Гитлер убивал инвалидов!»: Патриарх осудил аборты по причине физических недостатков (2019). *Комсомольская правда*, 29.01.2019. URL: <https://www.kp.ru/daily/26933/3983819/>

производство аборта является трудовой обязанностью врачей-гинекологов (...) обучение и работа по специальностям «акушерство и гинекология» становится невозможной для людей, чьи убеждения не позволяют производить аборт по нравственным, религиозным, научным и иным убеждениям, ибо такие люди не получают возможности в полной мере реализовать конституционное право свободно распоряжаться своими способностями к труду, свободно выбирать род деятельности и профессию, что гарантирует ст. 37 Конституции РФ» (Жуков 2018: 120).

В. Жуков считает, что именно государство должно принять меры по ужесточению доступа к процедуре аборта. При этом риторика, к которой прибегает автор, выдержана в рамках патерналистской семейной политики и этакратического гендерного порядка советского периода. Его позиция очень инструментальна по отношению к женщинам как демографическому ресурсу страны, мобилизация которого в очередной раз позволит преодолеть негативную демографическую ситуацию в России: *«Если Правительство России, СМИ и общество примут меры, необходимые для того, чтобы поднять и на законодательном уровне закрепить авторитет женщины-матери, проявить государственную заботу о её потомстве, взять на себя ответственность за воспитание рожденного женщиной ребенка и воспитывать его в духе уважения к матери, принять ряд мер по снижению материнской и младенческой смертности, то количество абортотворцев можно уменьшить в 2–3 раза. Дальнейшая арифметика проста: если спасти жизни хотя бы 1,5–2 млн человек, убедив женщин отказаться от аборта, и прибавить к этому 1,5–1,9 млн ежегодно появляющихся на свет малышей, то Россия выберется из демографической ямы, рост населения страны приобретет устойчивый характер, к 2025 г. в стране будет проживать 165 млн человек» (Жуков 2018: 122).* Этот заключительный параграф статьи показателен с точки зрения артикуляции консервативной позиции, которую транслирует эксперт и которая находит отражение в официальной риторике государства относительно демографических проблем в целом. Автор видит государство как основного актора, способного определять репродуктивный выбор женщин. Достижение количественных показателей (нужная для государства численность населения) возможно исключительно через государственную заботу о женщине-матери.

В целом в академическом дискурсе существует поляризация взглядов на брачное и репродуктивное поведение. Консервативно-алармистский подход не является доминирующим. При этом заметно его концептуальное и идеологическое совпадение с консервативным официальным дискурсом, транслируемым государством и РПЦ. Идеологическая кампания с целью возродить традиционные семейные ценности, борьба против абортотворцев, гомосексуальности и феминизма в последнее время не просто набирает обороты, но и подкрепляется соответствующими экспертными высказываниями ученых, демонизирующими данные явления и рассматривающими их в качестве опасных для российского общества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, консервативная мобилизация начинается на уровне федерального законодательства и выступлений представителей центральной власти. Содержательно эти

инициативы связаны с декларацией демографических проблем и сокращения численности населения как угрозы национальной безопасности. Они нацелены на регулирование поведения граждан в сфере интимности, их телесности и «морального облика». По мнению М. Фуко, интерес политической власти к здоровью, репродукции и демографическим характеристикам населения связан с трансформацией форм власти и управления в современных обществах. Проводниками этой власти выступают эксперты, СМИ и различные формы самоуправления на местах. Фуко называет такие формы контроля биовластью. Под биовластью понимаются техники нормализации и мониторинга человеческих тел, имеющие своей целью сделать их более послушными и продуктивными (Foucault 2003). Управление через медиа, социальную политику, образование, здравоохранение имеет имплицитный интерес в формировании индивидов особого типа (Lawler 2000: 2). Такие индивиды действуют не на основе внешнего директивного контроля, но могут управлять своим поведением самостоятельно, ориентируясь на заданные образцы нормальности. В этом смысле конечной целью консервативной мобилизации являются управляемые российские граждане, индоктринированные идеологией семейного образа жизни и многодетности. При этом основной пафос дискурса консервативной мобилизации, связанный с проблематикой абортов, направлен на женщин. Данный дискурс представляет женщин как ответственных за уровень рождаемости, воспроизводство нации и национальную безопасность (Rivkin-Fish 2010). Он направлен на контроль женской телесности и сексуальности через превращение их в «моральных субъектов», которые подчиняют свое поведение национальным интересам (Рахон 2004). Поскольку данные интересы формулируются в категориях (без)опасности, защиты интересов нации, т. е. используют милитаристскую терминологию, фактически дискурс о праве на аборт становится формой идеологического производства патриархатного гендерного порядка (Connell 1987).

Смена позиции государства относительно абортов наиболее четко прослеживается, начиная с середины 2000-х годов, когда консервативная риторика становится доминирующей, а также усиливается изменением законодательства, регулирующего различные сферы: семейной политики, защиты детства, здравоохранения, условий деятельности НКО. При этом основные идеологические дебаты на федеральном уровне ведутся вокруг сохранения/исключения процедур медицинского прерывания беременности из плана ОМС. Многочисленные законодательные инициативы депутатов ГД, с которыми солидаризируются в своих публичных высказываниях представители РПЦ и православно-ориентированные эксперты (например, выступления уролога и специалиста по репродуктивному здоровью, члена-корреспондента РАН, профессора О. Аполихина), не находят поддержки со стороны Министерства здравоохранения и отклоняются. Тем не менее вся совокупность высказываний, инициатив, а также региональных кампаний может рассматриваться как консервативная мобилизация, направленная на преодоление «проблемы низкой рождаемости» за счет пропаганды традиционных семейных ценностей и снижения толерантности к абортам. В продвижение антиабортной повестки активно включаются различные акторы (представители федеральной и региональной власти, профильные НКО, представители РПЦ), что позволяет им включаться в институционализированные сети поддержки и получать доступ к финансированию в

рамках соответствующих программ (например, программа, направленная на сокращение числа аборт в рамках Десятилетия детства). Таким образом, консервативная мобилизация предполагает не только оформление идеологической рамки, но и выработку институциональных механизмов ее реализации.

БЛАГОДАРНОСТИ

Выражаем благодарность анонимным рецензентам за внимательное чтение текста, ценные замечания и комментарии, позволившие существенно улучшить текст статьи. Эта работа в большой степени была вдохновлена работами А.Г. Вишневого, его научной и личной позицией в отношении изучаемой проблематики.

ЛИТЕРАТУРА

- Антонов А. (Ред.) (2005). *Социология семьи: Учебник. 2-е изд., перераб. и доп.* М.: Инфра-М.
- Antonov A. (Ed.) (2005). *Sotsiologiya sem'i: Uchebnik. 2-e izd., pererab. i dop.* Moscow: Infra-M. (In Russ.).
- Бек У. (2000). *Общество риска. На пути к другому модерну.* Пер. с нем. В. Седельника и Н. Фёдоровой. М.: Прогресс-Традиция.
- Bek U. (2000). *Obshchestvo riska. Na puti k drugomu modernu.* Per. s nem. V. Sedel'nika i N. Fëdorovoy. M.: Progress-Traditsiya. (In Russ.).
- Вишневский А. (Ред.) (2006). *Демографическая модернизация России, 1900–2000.* М.: Новое издательство.
- Вишневский А. (2012а). Демографический прорыв или движение по кругу? Часть первая. *Демоскоп Weekly*, 533-534. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0533/tema01.php>
- Вишневский А. (2012b). Демографический прорыв или движение по кругу? Часть вторая. *Демоскоп Weekly*, 535-536. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0535/tema01.php>
- Вишневский А.Г., Денисов Б.П., Сакевич В.И. (2017). Контрацептивная революция в России. *Демографическое обозрение*, 1, 6-34.
- Вишневский А., Захаров С. (2019). Заключение. В Захаров С. (Отв. ред.), *Население России 2017: двадцать пятый ежегодный демографический доклад* (с. 459-447). М.: Издательский дом НИУ ВШЭ.
- Гидденс Э. (2004). *Трансформация интимности. Сексуальность, любовь и эротизм в современных обществах*, пер. с англ. В. Анурина. СПб.: Питер.
- Захаров С. (2012). Какой будет рождаемость в России? *Демоскоп Weekly*, 495–496. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0495/tema01.php>.
- Здравомыслова Е., Темкина А. (2003). Советский этакратический гендерный порядок. В Пушкарева Н.М. (Ред.), *Социальная история. Социальная история ежегодник. Женская и гендерная история* (с. 436–463). М.: РОССПЭН.
- Жуков В. (2018). Законодательство об абортах: мировые тренды и национальные интересы. *Социологические исследования*, 3, 113-123.

- Магун А. (2010) Перестройка как консервативная революция? *Неприкосновенный запас*, 6(74). URL: <https://magazines.gorky.media/nz/2010/6/perestrojka-kak-konservativnaya-revoljucziya.html>
- Муравьёва М. (2014). Традиционные ценности и современные семьи: правовые подходы к традиции и модерну в современной России. *Журнал исследований социальной политики*, 12(4), 625-638.
- Печерская Н. (2012). Мифология родительства: анализ дискурсивного производства идеальной семьи. *Журнал исследований социальной политики*, 10 (3), 323–342.
- Роткирх А., Темкина А. (2007). Советские гендерные контракты и их трансформация в современной России. В Здравомыслова Е., Темкина А. (Ред.), *Российский гендерный порядок: социологический подход* (с. 169-200). СПб: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге.
- Сакевич В., Денисов Б., Ривкин-Фиш М. (2016). Непоследовательная политика в области контроля рождаемости и динамика уровня аборт в России. *Журнал исследований социальной политики*, 14(4), 461–478.
- Тимошенко А. (2019). Письмо в редакцию. *Социологические исследования*, 4, 173-174.
- Чернова Ж. (2012b). Баланс семьи и работы: политика и индивидуальные стратегии матерей. *Журнал исследований социальной политики*, 10 (3), 295-308.
- Шпаковская Л. Л. (2013). Дискурсивные практики родительства: политические вызовы и актуальные проблемы. *Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология*, 1, 236-249.
- Шпаковская Л. Л. (2012). Политика институционализации и практики приватизации семейной жизни: партнерство и брак в России. *Журнал исследований социальной политики*, 10(3), 309-323.
- Ярская-Смирнова Е. (2010). «Да-да, я вас помню, вы же у нас неблагополучная семья!» Дискурсивное оформление современной российской политики. *Женщина в российском обществе*, 2, 14–25.
- Chernova Zh. (2012a). New Pronatalism? Family Policy in Post-Soviet Russia. *REGION: Regional Studies of Russia, Eastern Europe, and Central Asia*, 1(1), 75–92.
- Connell R. (1987). *Gender and power: society, the person and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Flick U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Foucault M. (2003). The Birth of Biopolitics. *The Essential Foucault: Selections from Essential Works of Foucault 1954–1984*, 202–207. London: The New Press.
- Giddens A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Graff A., Ratna K., Walters S. (2019). Introduction: Gender and the Rise of the Global Right. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 44(3), 541–60.
- Hasmath R., Hildebrandt T., Hsu J. (2019). Conceptualizing government-organized non-governmental organizations. *Journal of civil society*, 15(3), 267-284.
- Illouz E. (2008). *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Oakland: University of California Press.

- Lawler St. (2000). *Mothering the Self: Mothers, Daughters, Subjects*. London: Routledge.
- Owen C., Bindman E. (2017). Civic Participation in a Hybrid Regime: Limited Pluralism in Policymaking and Delivery in Contemporary Russia. *Government and Opposition*, 54(1), 98-120.
- Paxon H. (2004). *Making modern mothers: ethic and family planning in urban Greece*. Berkley, Los Angeles: University of California Press.
- Rivkin-Fish M. (2010). Pronatalism, Gender Politics, and the Renewal of Family Support in Russia: Towards a Feminist Anthropology of 'Maternity Capital'. *Slavic Review*, 69(3), 701-724.
- Rivkin-Fish M. (2013). Conceptualizing Feminist Strategies for Russian Reproductive Politics: Abortion, Surrogate Motherhood, and Family Support After Socialism. *SIGNS*, 38(3), 569-593.
- Roche S. (2016). A Sound Family for a Healthy Nation: Motherhood in Tajik National Politics and Society. *Nationalities Papers*, 44(2): 207-224. doi:10.1080/00905992.2015.1087486
- Van de Kaa D.J. (1987). Europe's Second Demographic Transition. *Population Bulletin*, 42, 1-59.
- Vishnevsky A., Sakevich V., Denisov B. (2018). The contraceptive revolution in Russia. *Demographicheskoe obozrenie*, Vol. English selections 2017, 86-108.
- Yuval-Davis N. (1997). *Gender and Nation*. London: Thousand Oaks: Sage.

THE ANTI-ABORTION AGENDA IN THE CONSERVATIVE DISCOURSE IN RUSSIA: IDEOLOGICAL CAMPAIGNS, LEGAL INITIATIVES AND REGIONAL PRACTICES

ZHANNA CHERNOVA, LARISA SHPAKOVSKAYA

The article examines the processes of conservative mobilization in Russia in 2000-2010s as a deployment of ideological propaganda campaigns using the conservative rhetoric of the traditional family, traditional values, and traditional gender roles in order to solve “demographic problems”, above all the increase of fertility. The main focus of the article is the discourse on abortion. State anti-abortion propaganda is viewed as a “litmus test” of the ongoing processes of retraditionalization of state ideology and of instruments for regulating reproduction and sexuality. In analyzing the legislative and regional initiatives of the period under study, the authors describe the main public actors of the regional and federal levels, as well as the rhetoric they use. The article shows that since the 2000s one of the leading actors working for the adoption of anti-abortion legislation has been the Russian Orthodox Church. At the same time, there have been public actors at the federal level who have held back the adoption of anti-abortion legislation and have been consistently critical of anti-abortion rhetoric. At the same time, on the regional level, pro-conservative mobilization actors have effectively used state support, without encountering noticeable criticism. Substantively anti-abortion rhetoric is inscribed in the discourse on demographic problems and population decline as a threat to national security. It is aimed at regulating the behavior of citizens in the field of intimacy, their bodies, and morality, thus representing a variant of biopolitics in the terms of Michel Foucault. In this sense, the ultimate goal of conservative mobilization is to create docile citizens indoctrinated with the ideology of a traditional family lifestyle and large families.

Key words: anti-abortion rhetoric, conservatism, fertility, traditional family values, discourse analysis

ZHANNA CHERNOVA (chernova30@mail.ru), THE SOCIOLOGICAL INSTITUTE OF THE RAS – BRANCH OF THE FEDERAL CENTER OF THEORETICAL AND APPLIED SOCIOLOGY OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES, RUSSIA.

LARISA SHPAKOVSKAYA (slarisalarisa@gmail.com), THE SOCIOLOGICAL INSTITUTE OF THE RAS – BRANCH OF THE FEDERAL CENTER OF THEORETICAL AND APPLIED SOCIOLOGY OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES, RUSSIA.

DATE RECEIVED : APRIL 2021.

REFERENCES

- Antonov A. (Red.) (2005). *Sotsiologiya sem'i: Uchebnik*. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: Infra-M. (In Russ.).
- Bek U. (2000). *Obshchestvo riska. Na puti k drugomu modernu*. MOSCOW: Progress-Traditsiya. (In Russ.).
- Chernova Zh. (2012a). New Pronatalism? Family Policy in Post-Soviet Russia. *REGION: Regional Studies of Russia, Eastern Europe, and Central Asia*, 1(1), 75–92. (In Russ.).
- Chernova Zh. (2012b). Balans sem'i i raboty: politika i individual'nyye strategii materey. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*, 10(3), 295-308.
- Connell R. (1987). *Gender and power: society, the person and sexual politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Flick U. (2006). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage Publications.

- Foucault M. (2003). The Birth of Biopolitics. In *The Essential Foucault: Selections from Essential Works of Foucault 1954–1984* (pp. 202–207). London: The New Press.
- Giddens A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens A. (2004). *Transformatsiya intimnosti. Seksual'nost', lyubov' i erotizm v sovremennykh obshchestvakh*. Saint-Petersburg: Piter. (In Russ.).
- Graff A., Ratna K., Walters S. (2019). Introduction: Gender and the Rise of the Global Right. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 44(3), 541–60.
- Hasmath R., Hildebrandt T., Hsu J. (2019). Conceptualizing government-organized non-governmental organizations. *Journal of civil society*, 15(3), 267–284.
- Illouz E. (2008). *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Oakland: University of California Press.
- Lawler St. (2000). *Mothering the Self: Mothers, Daughters, Subjects*. London: Routledge.
- Magun A. (2010). Perestrojka kak konservativnaya revolyutsiya? *Neprikosnovennyj zapas*, 6(74). (In Russ.). URL: <https://magazines.gorky.media/nz/2010/6/perestrojka-kak-konservativnaya-revoljucziya.html>
- Murav'yova M. (2014). Traditsionnyye tsennosti i sovremennyye sem'i: pravovyye podkhody k traditsii i modernu v sovremennoy Rossii. *The Journal of Social Policy Studies*, 12(4), 625–638. (In Russ.).
- Owen C., Bindman E. (2017). Civic Participation in a Hybrid Regime: Limited Pluralism in Policymaking and Delivery in Contemporary Russia. *Government and Opposition*, 54(1), 98–120.
- Paxon H. (2004). *Making modern mothers: ethic and family planning in urban Greece*. Berkley, Los Angeles: University of California Press.
- Pecherskaya N. (2012). Mifologiya roditel'stva: analiz diskursivnogo proizvodstva ideal'noy sem'i. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*, 10(3), 323–342. (In Russ.).
- Rivkin-Fish M. (2010). Pronatalism, Gender Politics, and the Renewal of Family Support in Russia: Towards a Feminist Anthropology of 'Maternity Capital'. *Slavic Review*, 69(3), 701–724.
- Rivkin-Fish M. (2013). Conceptualizing Feminist Strategies for Russian Reproductive Politics: Abortion, Surrogate Motherhood, and Family Support After Socialism. *SIGNS*, 38(3), 569–593.
- Roche S. (2016). A Sound Family for a Healthy Nation: Motherhood in Tajik National Politics and Society. *Nationalities Papers*, 44(2), 207–224. doi:10.1080/00905992.2015.1087486
- Rotkirch A., Temkina A. (2007). Sovetskiye gendernyye kontrakty i ikh transformatsiya v sovremennoy Rossii. In Zdravomyslova E., Temkina A. (Red.) *Rossiiskiy gendernyy poryadok: sotsiologicheskii podkhod* (pp. 169–200). Saint-Petersburg: Izd-vo Evropeiskogo universiteta v Sankt-Peterburge. (In Russ.).
- Takevich V., Denisov B., Rivkin-Fish M. (2016). Neposledovatel'naya politika v oblasti kontrolya rozhdayemosti i dinamika urovnya abortov v Rossii. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*, 14(4), 461–478. (In Russ.).

- Shpakovskaya L.L. (2013). Diskursivnyye praktiki roditel'stva: politicheskiye vyzovy i aktual'nyye problemy. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya*, 1, 236-249. (In Russ.).
- Shpakovskaya L.L. (2012). Politika institutsializatsii i praktiki privatizatsii semeynoy zhizni: partnerstvo i brak v Rossii. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*, 10(3), 309-323. (In Russ.).
- Timoshenko A. (2019). Pis'mo v redaktsiyu. *Sotsiologicheskiye issledovaniya*, 4, 173-174. (In Russ.).
- Van de Kaa D.J. (1987). Europe's Second Demographic Transition. *Population Bulletin*, 42, 1-59.
- Vishnevskiy A. (Ed.) (2006). *Demograficheskaya modernizatsiya Rossii, 1900-2000*. Moscow: Novoye izdatel'stvo. (In Russ.).
- Vishnevskiy A. (2012a). Demograficheskiy proryv ili dvizheniye po krugu? Chast' pervaya. *Demoskop Weekly*, 533-534. (In Russ.). URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0533/tema01.php>
- Vishnevskiy A. (2012b). Demograficheskiy proryv ili dvizheniye po krugu? Chast' vtoraya. *Demoskop Weekly*, 535-536. (In Russ.). URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0535/tema01.php>
- Vishnevskiy A.G., Denisov B.P., Sakevich V.I. (2017). Kontratseptivnaya revolyutsiya v Rossii. *Demograficheskoye obozreniye*, 1, 6-34. (In Russ.).
- Vishnevskiy A., Sakevich V., Denisov B. (2018). The contraceptive revolution in Russia. *Demographicheskoe obozrenie*, Vol. English selections 2017, 86-108.
- Vishnevskiy A., Zakharov S. (2019). Zaklyucheniye. V Zakharov S. (Ed.), *Naseleniye Rossii 2017: dvadtsat' pyatyy ezhegodnyy demograficheskyy doklad* (pp. 459-477). Moscow : Izdatel'skiy dom NIU VShE. (In Russ.).
- Yarskaya-Smirnova E. (2010). «Da-da, ya vas pomnyu, vy zhe u nas neblagopoluchnaya sem'ya!» Diskursivnoye oformleniye sovremennoy rossiyskoĭ politiki. *Zhenshchina v rossiyskom obshchestve*, 2, 14-25. (In Russ.).
- Yuval-Davis N. (1997). *Gender and Nation*. London: Thousand Oaks: Sage.
- Zakharov S. (2012). Kakoĭ budet rozhdayemost' v Rossii? *Demoskop Weekly*, 495-496. (In Russ.). URL: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0495/tema01.php>
- Zdravomyslova E., Temkina A. (2003). Sovetskiiĭ etakraticheskiiĭ gendernyiĭ poryadok, V: Pushkareva N.M., (Ed.), *Sotsial'naya istoriya. Sotsial'naya istoriya ezhegodnik. Zhenskaya i gendernaya istoriya* (pp. 436-463). Moscow: ROSSPEN. (In Russ.).
- Zhukov V. (2018). Zakonodatel'stvo ob abortakh: mirovyĭe trendy i natsional'nyĭe interesy. *Sotciologicheskie issledovaniya*, 3, 113-123. (In Russ.).

ПРАВОВЫЕ И ПРАВСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА, ПРОВЕДЕННОГО В 1996 ГОДУ

ВЛАДИМИР БОРИСОВ, АЛЕКСАНДР СИНЕЛЬНИКОВ,
ВЛАДИМИР АРХАНГЕЛЬСКИЙ

В статье представлены результаты опроса экспертов, проведенного в январе-феврале 1996 г. с целью выявления мнений специалистов по ряду принципиальных вопросов, касающихся контроля рождаемости в России. Данное исследование было частью исследовательского проекта «Планирование семьи и политика общественного здравоохранения в России: переход от аборта к контрацепции в меняющемся обществе», выполнявшегося Институтом международных исследований семьи (Москва) в 1995-1997 гг. Всего было опрошено 89 экспертов, представлявших научные круги исследователей из различных областей знания (география, демография, история, психология, медицина, философия, экономика), организаторов здравоохранения и практикующих врачей, депутатов Государственной думы, представителей федеральных и региональных органов исполнительной власти и священников. Программа опроса охватывала вопросы легитимности и моральной приемлемости аборта, оценку действующего законодательства об искусственном прерывании беременности, оценку допустимости людьми регулирования репродуктивной функции и наиболее приемлемых способов контроля рождаемости в контексте тенденций рождаемости в стране, оценку деятельности общественных организаций, выступающих за ограничение и запрещение аборта по желанию женщины и возможных последствий изменения законодательства по отношению к аборту и планированию семьи. Подавляющее большинство опрошенных экспертов поддержали безусловное право женщин решать судьбу своей беременности. Законодательный запрет аборт и ограничение права женщин на прерывание беременности по их желанию, по мнению экспертов, не решил бы проблемы низкой рождаемости и мог бы иметь только отрицательные последствия с точки зрения повышения уровня криминогенности в стране и ухудшения состояния здоровья женского населения. Спустя четверть века вопросы, затронутые в исследовании середины 1990-х, остаются по-прежнему актуальными.

Ключевые слова: *опрос экспертов, рождаемость, искусственное прерывание беременности, аборты, планирование семьи, контрацепция, репродуктивное здоровье, законодательство об аборте.*

ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ БОРИСОВ, умер в 2005 г. На момент написания статьи работал на Социологическом факультете МГУ им. М.В. Ломоносова и в Государственном педагогическом университете.

АЛЕКСАНДР БОРИСОВИЧ СИНЕЛЬНИКОВ (sinalexander@yandex.ru), Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова, Россия.

ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ АРХАНГЕЛЬСКИЙ (archangelsky@yandex.ru), Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова, Россия.

Статья поступила в редакцию в июне 2021 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ (ОТ РЕДАКЦИИ)

Данное исследование было выполнено в рамках проекта: «Планирование семьи и политика общественного здравоохранения в России: переход от аборта к контрацепции в меняющемся обществе», начатому директором и основателем Института международных исследований семьи, кандидатом медицинских наук Андреем Анатольевичем Поповым¹. Частью проекта было изучение мнений специалистов различных отраслей науки и должностных лиц, представляющих разные сферы жизни общества, по ряду моральных, правовых и медицинских аспектов контроля рождаемости и планирования семьи в России. Эта часть проекта не была завершена к моменту трагической смерти руководителя А.А. Попова в апреле 1995 г. Авторы постарались реализовать задуманное А.А. Поповым исследование, результаты которого представлены ниже. Статья была написана в 1996 г., непосредственно после завершения исследования, и в наиболее полной мере отражает полученные результаты².

С тех пор прошло более двух десятков лет, существенным образом изменились социально-демографическая обстановка и политический контекст в стране. Однако дебаты по вопросам аборт и планирования семьи по-прежнему остаются среди наиболее острых как в экспертном сообществе, так и в широких кругах акторов, формирующих общественное мнение. В развитие данной темы было опубликовано множество научных работ в российских изданиях и за рубежом (см., например: Вишневецкий и др. 2017; Кочергина 2017; Темкина 2013; Сакевич, Денисов 2019; Denisov et al. 2012; Philipov et al. 2004; Troitskaia et al. 2009). Тем не менее, мы решили вернуться к исследованию 1996 г., поскольку фактографические материалы опроса экспертов, представленные ниже, не только характеризуют ситуацию, сложившуюся к началу 1990-х годов в России, и тем самым обеспечивают информационное пространство для сравнительных исследований произошедших изменений в России в постсоветский период ее истории, но и дают представление о различных мнениях опытных и квалифицированных людей, голоса которых дошли до нас из прошлого, оставаясь на удивление актуальными, к которым не вредно прислушаться и сегодня, принимая политические решения, затрагивающие интересы миллионов россиян.

АБОРТЫ И КОНТРАЦЕПЦИЯ ПО ДАННЫМ ОФИЦИАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ

Прежде чем перейти к изложению результатов проведенного исследования, представляется необходимым вкратце обрисовать современные тенденции планирования семьи в России.

Под планированием семьи нами понимается деятельность семьи (или индивида), направленная на достижение желаемого числа детей в желательные сроки. Если ограничить это понятие только вопросами регулирования деторождения (оставив в стороне вопросы бесплодия и адопции, т.е. усыновления детей), то такое регулирование на практике осуществляется в основном двумя способами: либо предупреждением беременностей с

¹ Институт международных исследований семьи после смерти А.А. Попова, сменив несколько руководителей, продолжал научные исследования, но в виду обстоятельств непреодолимой силы фактически прекратил свою деятельность в 2015 г.

² Основные результаты этого исследования обсуждались на заседании Демографической секции Московского дома ученых в декабре 1996 г. и частично были опубликованы в (Борисов и др. 1997).

помощью контрацепции или стерилизации, либо прерыванием беременности с помощью аборта. Первый путь - цивилизованный, второй - варварский и более опасный для здоровья женщины и ее будущих детей. К сожалению, в нашей стране преобладал второй путь.

В течение всего времени после начала быстрого снижения рождаемости (то есть с 1925 г. до наших дней) Россия является одной из стран с наиболее высоким уровнем аборт в мире. Снижение уровня рождаемости было связано с быстрой индустриализацией, коллективизацией сельскохозяйственного сектора экономики, драматическими изменениями в жизни общества, а также с вовлечением огромного числа женщин в работу в государственном секторе экономики. Все эти изменения привели к снижению ценностей семейной жизни.

Политика Советского государства, направленная на переход от традиционного семейного стиля жизни к новому коллективистскому стилю, привела к множеству негативных изменений - социальных, демографических и санитарных, но государство длительное время даже и не пыталось смягчить эти негативные последствия. Население не получило приемлемых средств контрацепции и необходимой информации о безопасных и эффективных способах предупреждения беременности.

В таких условиях, когда с 1925 г. уровень рождаемости начал снижаться (и снижается до сих пор), его падение стало сопровождаться резким ростом количества аборт. По мнению А.А. Попова, с которым мы согласны, "именно в 20-е годы в России была сформирована особая абортная культура - приспособление и привыкание общества к широкому производству аборт как к основному или даже единственному способу регулирования числа детей в семье" (Попов 1995а, с.115).

Частота аборт в России в течение двух десятилетий, предшествующих началу 1990-х гг., проявляла медленную, но устойчивую тенденцию к снижению. Некоторое повышение числа аборт в расчете на 100 родов в первой половине 90-х гг., думается, является кратковременным отклонением от вышеназванной тенденции, отражением обвального падения рождаемости в эти годы. Абсолютное число аборт и их частота в расчете на 1000 женщин 15-49 лет в эти годы продолжало снижаться (табл. 1).

Таблица 1. Динамика числа аборт в России за 1970-1995 гг.

Годы	Аборт (тысяч)	Аборт на 1000 женщин 15-49 лет	Аборт на 100 родов
1970	4838	137	253
1975	4671	126	221
1980	4506	123	204
1985	4454	122	187
1990*	4103	114	206
1991*	3608	100	201
1992*	3437	95	216
1993*	3244	88	235
1994*	3060	82	217
1995*	2766	73	203

* С 1990 г. - включая мини-аборты, произведенные методом вакуум-аспирации.

Источник: Российский статистический ежегодник / Сборник. М.: Госкомстат, 1996. с. 210.

Хотя динамика уровня аборт выглядела обнадеживающей, уровень аборт оставался самым высоким в мире. В 1994 г. в России в расчете на 100 родов приходилось

217 аборт, за нами следовала Румыния - 215, затем с большим отрывом Эстония - 158, Украина - 153, с еще большим отрывом Болгария - 127 (1993) и Латвия (1994) - 110. Для сравнения, к примеру, во многих развитых странах с низкой рождаемостью уровень абортов намного ниже. Так, в том же 1994 г. в Швеции число абортов на 100 родов составляло 29, в 1993 г. в Германии - 14, в Великобритании - 24, в Норвегии - 25, в Финляндии - 16, в Испании - 12 (Вишневецкий 1996, с.55).

Как отмечает Н. Ваганов, зам. министра здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, "открыто говорить о контрацептивах, об абортах мы начали лишь два-три года тому назад" (Кухинидзе 1996, с.2). Однако, по его же мнению, переносить в Россию без учета специфики страны западные стандарты контрацептивного поведения не стоит. Гормональная контрацепция в России непопулярна. К ней с недоверием относятся многие гинекологи, особенно закончившие институты 10-15 и более лет тому назад (Мельников 1995).

По мнению главного акушера-гинеколога России В. Серова, сокращение числа абортов понизит доходы врачей, делающих эти операции. Поэтому многие из них выступают против гормональных средств. Боятся гормональной контрацепции и очень многие женщины, запуганные такими врачами. Этих женщин страшит само слово "гормон". Купить гормональные таблетки сейчас можно и без рецепта, но лишь 3,7% женщин принимают их под контролем врача. Некоторые женщины (число которых никому не известно) используют эти таблетки самостоятельно, без учета медицинских противопоказаний и не всегда соблюдая график приема данных средств, что нередко вызывает осложнения и не всегда гарантирует от зачатия. Сама по себе моральная приемлемость аборта является фактором, противодействующим переходу населения к современным средствам контрацепции: лишь 15% женщин считают аборт психологической травмой (Мельников 1995).

Однако, с начала 1990-х годов наметились положительные сдвиги в направлении профилактики абортов путем их замещения безопасными, удобными и эффективными средствами контрацепции, прежде всего гормональными и внутриматочными, а также контрацептивной стерилизацией.

В стране с 1991 г. (фактически с 1993 г.) успешно функционирует федеральная Государственная программа "Планирование семьи", параллельно с федеральной программой к 1996 г. 50 российских территорий разработали и осуществляют свои региональные программы на основе местных бюджетов. К участию в финансировании и организации программ планирования семьи привлекаются общественные и частные организации. Создана служба планирования семьи на государственном уровне. В 85 регионах создано более 150 центров по планированию семьи и несколько десятков клиник. Успешно функционирует Ассоциация планирования семьи, имеющая 22 филиала в различных регионах страны.

Удельный вес женщин, использующих современные (оральные и внутриматочные) средства контрацепции, возрос с 22,3% в 1992 г. до 23,5% в 1994 г. За тот же период число случаев хирургической стерилизации увеличилось с 9,7 до 13,8 тыс. операций (по данным, приведенным Л.В. Гавриловой, см. также: Попов 1995б, с. 112). Однако, положение с планированием семьи еще очень далеко от удовлетворительного. Как признают сами организаторы службы планирования семьи, замена абортов средствами контрацепции

происходит очень медленно. Увеличивается число абортс у подростков и первобеременных, что грозит им бесплодием и подрывом здоровья. В стране сохраняется высокий уровень материнской смертности, каждый четвертый из ее случаев связан с последствиями абортс, особенно криминальных (Попов 1995б, с. 113).

Несмотря на понимание большой опасности абортс для здоровья женщин и их будущего потомства, медики почти единодушно выступают против перспективы законодательного запрещения производства абортс по желанию женщин. Такое запрещение могло бы только загнать абортс в подполье и сделать их еще более опасными. Наша страна имеет подобный опыт. В 1936 г. абортс были запрещены, что вызвало лишь кратковременную вспышку рождаемости. Позднейшие исследования показали, что в период запрета абортс с 1936 по 1955 гг. они были широко распространены, несмотря на угрозы серьезного уголовного преследования. Подобный же опыт имеет и Румыния, где абортс были запрещены в период с 1966 по 1989 гг.

Однако не все представители власти, очевидно, изучают историю. В связи с резким обострением демографической ситуации в России, время от времени возникают предложения "подправить" положение дел радикальными мерами, в том числе и путем запрещения абортс. В этом же направлении будируют общественное мнение и некоторые общественные организации типа известной организации "Право на жизнь" (Pro Life), а также и представители православной церкви. Поэтому представляется весьма актуальным опрос специалистов самых разных отраслей знания и деятельности по вопросам планирования семьи вообще и абортс - в частности.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ, СОСТАВ ОПРОШЕННЫХ ЭКСПЕРТОВ

В январе-феврале 1996 г. был проведен экспертный опрос по проблеме абортс в России в форме самозаполнения единого вопросника (см. приложение), распространенного преимущественно при личных контактах с экспертами в Москве и разосланного по почте для экспертов из регионов.

Задачами исследования были:

- выяснение отношения экспертов к проблемам легитимности и моральной приемлемости абортс как средства регулирования деторождения;
- изучение мнений экспертов о моральной оценке искусственного абортс в зависимости от их представлений о сроке начала человеческой жизни и становления личности;
- выявление мнений экспертов о приемлемости действующего законодательства об абортс;
- анализ представлений экспертов о допустимости регулирования людьми своей репродуктивной функцию и о его наиболее приемлемых способах;
- изучение отношения экспертов к абортс в зависимости от их оценки уровня и тенденций рождаемости в России;
- изучение мнений экспертов о деятельности некоторых общественных организаций, выступающих за ограничение или запрещение абортс по желанию женщин;

- изучение мнений экспертов о возможных последствиях законодательного ограничения права на аборт.

Таблица 2. Профессиональный состав экспертов

Профессия	Человек	%
Демографы	17	19,1
Специалисты по планированию семьи	13	14,6
Медики	11	12,4
Специалисты по гендерным исследованиям	10	11,2
Специалисты по биоэтике	4	4,5
Специалисты по социологии семьи	9	10,1
Юристы	3	3,4
Депутаты Государственной Думы	11	12,4
Представители федеральных и региональных органов исполнительной власти	9	10,1
Священники	2	2,2

Источник: рассчитано и составлено авторами по результатам опроса.

Всего было опрошено 89 экспертов. В их число входили 11 докторов (медицинских, философских, экономических и исторических) и 38 кандидатов (экономических, философских, медицинских, исторических, психологических и географических) наук. В составе экспертов - три академика, 6 профессоров, 15 доцентов и старших научных сотрудников. 85% экспертов живут и работают в Москве, 15% - в различных регионах России. Женщин в составе экспертов оказалось 70,5%, мужчин - 29,5%.³ Опрошенные эксперты представляют следующие профессиональные группы:

ОТНОШЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ К АБОРТУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ПРОФЕССИИ

По мнению подавляющего большинства экспертов, в России аборт "слишком много" (59% ответивших) или "много" (33%), что в сумме составляет 92%. Только 8% экспертов ответили, что аборт в стране "не много, но и не мало".

Как "слишком много" или "много" единодушно оценили число аборт в стране все демографы, социологи, специалисты по планированию семьи, по биоэтике, юристы и священнослужители. Несколько меньшая доля давших такую оценку среди депутатов Думы (90%), работников органов исполнительной власти (89%), медиков (81,8%), специалистов по гендерным исследованиям (67%).

В то же время подавляющее большинство экспертов (93%) считают искусственное прерывание беременности допустимым. Лишь 7% из них придерживаются противоположного мнения. Это мнение разделяют 8% специалистов по планированию семьи, 18% медиков, 6% демографов и, естественно, оба священника.

³ Все приведенные в тексте и в таблицах данные опроса экспертов в процентах рассчитаны по отношению к числу экспертов, ответивших на соответствующие вопросы. Во многих случаях процентные отношения исчислены авторами для слишком малочисленных групп респондентов-экспертов, что едва ли следует приветствовать исходя из общих принципов статистического анализа. К интерпретации подобных структурных соотношений нужно подходить с особой осторожностью (*прим. редакции*).

Те эксперты, которые считают аборт допустимыми, приводят в обоснование своей позиции следующие аргументы:

- Во-первых, 16 экспертов указывают на право женщины распоряжаться своей судьбой. Это право рассматривается ими как одно из основных прав человека.
- Во-вторых, 11 экспертов считают допустимым аборт как средство предотвращения нежеланных рождений.
- В-третьих, 13 экспертов допускают правомерность аборта в случаях, когда существует угроза здоровью женщины или будущего ребенка.

В отдельных анкетах приводятся и другие аргументы в пользу допустимости аборта. Почти все упомянутые в анкетах мотивы допустимости аборта взаимосвязаны и порой их трудно четко разделить на те или иные группы.

Напротив, те немногие эксперты, которые считают аборт недопустимым, либо приравнивают его к убийству, либо указывают на необходимость естественного завершения беременности.

В анкете есть еще один вопрос, ответы на который также позволяют выяснить мнение о допустимости аборта. Он звучал так: "Считаете ли Вы, что каждая беременность должна завершаться родами?". Здесь большинство экспертов также проявили лояльность к аборту.

Однако в этом случае она была несколько слабее выражена, чем в вопросе о допустимости искусственного прерывания беременности. 78% экспертов ответили здесь "нет", т.е. они не считают, что каждая беременность должна завершаться родами. Альтернативный ответ выбрали 22%. Чаще всего он встречался у медиков (46%), социологов семьи (33%), специалистов по биоэтике (25%) и по планированию семьи (23%). Такой ответ дали и оба священника.

У сторонников введения ограничений на производство абортов или их запрещения, одним из главных аргументов является то, что аборт - это убийство. С этим согласны 22% экспертов. Так считают оба священника. Среди других групп экспертов чаще всего такой вариант ответа встречался у специалистов по планированию семьи (39%), медиков (36%), работников органов исполнительной власти (33%). Напротив, среди депутатов Думы, специалистов по гендерным исследованиям и юристов никто не считает аборт убийством. В целом же среди всех экспертов последнего мнения придерживается большинство (56%).

Часть экспертов (22%) не смогла ответить на этот основной вопрос ни "да" ни "нет". Они либо затруднились ответить, либо высказали какое-то свое особое мнение. Здесь, например, встречались такие ответы:

- "скорее нет, чем да с учетом нашей действительности",
- "в зависимости от срока беременности",
- "в зависимости от ситуации и причин аборта его можно классифицировать по-разному, иногда и как убийство".

По мнению некоторых экспертов, следует трактовать аборт как убийство женщин. Эта точка зрения связана с тем, что значительное число женщин умирает после аборта (Попов 1995б, с. 113).

Когда говорят, что аборт является убийством, то имеют в виду при этом, что человеческая жизнь начинается либо с момента зачатия, либо на ранних сроках беременности. 28% экспертов считают, что человеческая жизнь начинается непосредственно с момента зачатия. Такого мнения придерживаются оба попавших в число экспертов священника, 54% специалистов по планированию семьи, 40% медиков.

21% экспертов полагают, что человеческая жизнь начинается в период беременности. Диапазон мнений экспертов о месяце беременности, с которого начинается человеческая жизнь, оказался весьма велик: от второго до седьмого. 1,2% полагают, что она начинается уже на 2 месяце, 5,9% - на третьем, 2,4% - на четвертом, 3,5% - на пятом, 4,7% - на шестом, 2,4% - на седьмом и 1,2% не уточняют, на каком месяце. Таким образом, треть экспертов считают, что жизнь человека начинается либо с момента зачатия, либо в первые 3 месяца беременности - то есть в то время, когда любая женщина в России имеет право на аборт по социальным показаниям.

37% экспертов отмечали, что человеческая жизнь начинается только после рождения. Такого мнения придерживаются два из трех опрошенных юристов, 60% специалистов по гендерным исследованиям, (56%) социологов семьи, 47% демографов, 46% депутатов Думы. У остальных групп экспертов этот вариант ответа встречается значительно реже.

Некоторые из экспертов провели здесь различие между понятием человека как биологического вида и как социального существа. В связи с этим следующим был вопрос: "Можно ли, по Вашему мнению, плод, находящийся в утробе матери, рассматривать как человеческую личность?"

Почти половина (48%) экспертов считают, что плод - это еще не личность. В ряде групп экспертов такое мнение высказали свыше 60% опрошенных, в т. ч. среди представителей органов исполнительной власти - 71%, социологов семьи - 67%, юристов - 67%, депутатов Думы - 64%, демографов - 63%, специалистов по гендерным исследованиям - 60%. С другой стороны, лишь 15% специалистов по планированию семьи и 27% медиков считают, что плод в утробе матери нельзя считать личностью. Среди же священников и специалистов по биоэтике такого варианта ответа не выбрал никто.

35% экспертов полагают, что плод становится личностью либо с момента зачатия (19%), либо во время беременности матери (16%). Первый из этих вариантов чаще других отмечали священники (100%), медики (46%), специалисты по планированию семьи (39%).

Часть экспертов, высказавших по этому вопросу иное мнение, специально подчеркивали связь становления человеческой личности с процессом ее социализации.

44% экспертов считают приемлемым действующее у нас законодательство по абортам (среди демографов, медиков, специалистов по планированию семьи, представителей исполнительной власти доля экспертов, давших такой ответ превышает 60%). Примерно столько же (42%) экспертов затруднились ответить на этот вопрос. 14% экспертов не считают действующее законодательство по абортам приемлемым. В число этих экспертов вошли оба священника, половина специалистов по биоэтике, 27% депутатов Думы, 22% специалистов по гендерным исследованиям.

Вот примеры предложений об изменениях в законодательстве:

- "Обеспечить бесплатной контрацепцией подростков, женщин с экстрагенитальными заболеваниями, социально неблагополучных и др." (акушер- гинеколог);
- "Возможность прерывания беременности по желанию до срока 22 недель" (врач);
- "Уточнение обоснованных противопоказаний к деторождению, включая и генетические" (врач-ученый);
- "Аборты должны быть разрешены, бесплатны и качественны" (представитель федеральных органов исполнительной власти);
- "Нужно не "законодательство по абортам", а законодательство по "репродуктивным правам", включающее не только правовые гарантии аборта, но и обеспечивающее государственные усилия для преимущественно безабортного репродуктивного выбора" (специалист по гендерным исследованиям);
- "Аборт должен быть бесплатным, доступным и безопасным" (специалист по гендерным исследованиям);
- "Аборт не должен быть платным" (специалист по гендерным исследованиям);
- "В действующем законодательстве крайне бедно отражены "права плода", защита этих прав. Необходимо компетентное междисциплинарное обсуждение ведомственных (минздравовских) нормативных актов о медицинских и немедицинских (социальных) показаниях к искусственному аборту. Необходим Закон (или отдельные юридические нормы в различных законодательных актах), регулирующий все медицинские вмешательства в репродуктивные процессы человека" (специалист по биоэтике);
- "Отменить аборты по социальным показаниям во втором триместре" (научный сотрудник сектора биоэтики Института человека Российской Академии Наук);
- "Запретить аборты" (священник).

Последнее мнение не имеет широкого распространения, но его сторонники весьма активны. В связи с этим экспертам предлагалось оценить некоторые возможные позитивные и негативные последствия запрещения абортов или ограничения права женщин на прерывание нежелательной беременности.

Подавляющее большинство экспертов считают, что запрещение или ограничение абортов может привести только к негативным последствиям. Однако есть некоторые различия между мнением отдельных групп экспертов по этому вопросу.

Таблица 3. Распределение мнений экспертов о возможных последствиях законодательного ограничения права женщины на аборт (в %)

Согласны ли Вы с мнением, что законодательное ограничение права женщины на аборт могло бы способствовать:	Да	Нет
- повышению уровня рождаемости в стране	12	88
- сохранению здоровья женщин	13	87
- криминализации производства абортов	94	6
- повышению духовности общества	11	89
- росту женского бесплодия в результате производства нелегальных абортов	89	11
- ухудшению общего состояния здоровья женщин вследствие нелегальных абортов	90	10

Источник: рассчитано и составлено авторами по результатам опроса.

44% опрошенных депутатов Думы, один из трех юристов и оба священника считают, что ограничение права на аборт способствовало бы повышению рождаемости. Треть экспертов из числа депутатов Думы, пятая часть медиков и представителей органов исполнительной власти, оба священника полагают, что ограничение права на аборт благоприятно повлияло бы на сохранение здоровья женщин.

Один из трех юристов и 18% медиков не согласны с тем, что ограничение права на аборт способствовало бы криминализации производства аборт.

Треть экспертов из числа представителей органов исполнительной власти, оба священника считают, что ограничение права на аборт положительно повлияло бы на состояние духовности общества.

27% медиков, и трое из четырех специалистов по биоэтике не согласны с тем, что законодательное ограничение права женщины на аборт способствовало бы росту женского бесплодия в результате нелегальных аборт. Примерно такая же ситуация сложилась и в отношении мнения о возможном ухудшении общего состояния здоровья женщин вследствие нелегальных аборт.

19% экспертов считают положительной и полезной деятельность общественных организаций, выступающих за ограничение или запрещение аборт. Мнение об этих организациях среди священников, специалистов по биоэтике и по планированию семьи и медиков более благоприятно, чем среди других групп экспертов.

Наоборот, опасной и вредной деятельность этих организаций считают 45% экспертов. В первую очередь это юристы, демографы, представители органов исполнительной власти, специалисты по гендерным исследованиям.

Значительная часть экспертов (36%) не остановила свой выбор ни на одной из двух этих альтернатив в оценке деятельности данных общественных организаций. Они высказали иные мнения, например:

- "деятельность этих организаций может быть полезной только при условии, если аборт будет альтернатива - эффективные средства контрацепции",
- "бесполезная деятельность",
- "любая организация имеет право на свое мнение - и это хорошо",
- "положительной в сфере пропаганды предупреждения нежелательной беременности, сохранения существующей беременности, но не запугивания страшными грехами",
- "деятельность в направлении запрещения аборт вредна, если речь идет о нарушении прав женщин; если же деятельность ставит своей целью пропаганду вреда аборт, информацию о возможностях избежать этой ситуации, то она полезна",
- "в нашем обществе эта деятельность бесполезна",
- "они имеют право выражать свое мнение, если не ущемляют интересов других".

МНЕНИЯ ЭКСПЕРТОВ РАЗНЫХ ПРОФЕССИЙ О МЕТОДАХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Альтернативой аборту, единственно разумным способом существенного сокращения их числа является предупреждение нежелательной беременности. Подавляющее большинство (86%) экспертов считают его допустимым. Такого мнения придерживаются все без исключения попавшие в число экспертов демографы, специалисты по планированию семьи и по гендерным исследованиям и 91% депутатов Думы.

11% экспертов считают допустимым предупреждение беременности только естественными методами. Чаще всего этот вариант ответа встречался у юристов, специалистов по биоэтике и по социологии семьи, а также у представителей органов исполнительной власти. Только священники полагают, что любые способы предупреждения беременности недопустимы.

96% экспертов считают, что на смену искусственным абортам, как средству регулирования деторождения, должны прийти высокоэффективные и относительно безопасные противозачаточные средства. Не согласны с этим только оба священника и одна из социологов семьи.

Среди наиболее приемлемых противозачаточных средств или методов чаще всего эксперты отмечали презерватив и гормональные пилюли (в обоих случаях по 64%) и внутриматочные средства (63%). Другие средства оказались менее приемлемыми: "рейтинг" у стерилизации составил 38%, у календарного (ритмического) метода - 38%, у спермицидов - 29%. Самым непопулярный у экспертов контрацептивный метод - это прерванное сношение, его "рейтинг" составил лишь 15%. Отметим, что сумма ответов тут намного превышает 100% поскольку опрашиваемые могли указывать в анкете любое число методов контрацепции.

Некоторые эксперты, не отмечая никаких способов контрацепции из предложенного в анкете списка, указывали на сугубо индивидуальный подход для каждой пары, для каждой женщины. По разным группам экспертов имеет место значительная дифференциация в ответах на вопросы о приемлемости тех или иных способов контрацепции.

У демографов на 1-м месте стоят гормональные препараты (87%), на 2-м и 3-м - презерватив и внутриматочные средства (по 67%), на 4-м - стерилизация (53%).

Близкие мнения высказали специалисты по планированию семьи, которые чаще всего отмечали в качестве наиболее приемлемого способа контрацепции гормональные препараты (100%), на втором месте - презерватив (91%), на третьем - стерилизация (82%), на четвертом - внутриматочные средства (73%), на пятом - спермициды (55%). Данные о священниках не включены в таблицу в виде отдельной колонки поскольку ни один из них не указал ни одного из противозачаточных средств или методов.

Своеобразной выглядит позиция медиков. Часть из них - акушеры и гинекологи, однако они занимаются не столько проблемами планирования семьи, сколько предупреждением и лечением гинекологических заболеваний. Медики, рекомендуя женщинам или брачным парам выбрать то или иное противозачаточное средство или метод, прежде всего обращают внимание на безвредность для здоровья данного вида контрацепции и только потом - на его эффективность, не говоря уже об удобстве применения, тогда как для работников Ассоциации

и региональных служб планирования семьи на первом месте стоит эффективность контрацепции.

У медиков на первом месте стоит метод ритма (80%), то есть воздержание от сношений в середине менструального цикла. Разумеется, этот метод совершенно безвреден для здоровья, но он далеко не всегда предотвращает беременность. Специалисты по планированию семьи ставят его только на шестое место и считают наиболее приемлемым лишь в 18% случаев.

Таблица 4. Доля экспертов, считающих наиболее приемлемыми те или иные средства и методы контрацепции (в % к числу экспертов данной профессии, указавших хотя бы одно средство или метод)

	Демографы	Социологи семьи	Депутаты Думы	Медики	Специалисты по планированию семьи	Гендерные исследователи	Специалисты по биологии чешской этике	Представители исполнительной власти	Юристы	Все эксперты (включая священников)
Всего, чел.	17	9	11	11	13	10	4	9	3	89
в том числе указали какие-либо методы из них (%)	15	9	8	10	11	7	3	7	3	73
Презерватив	67	56	50	40	91	86	100	29	100	64
Внутриматочные средства	67	67	38	60	73	86	67	57	33	63
Гормональные средства	87	33	50	50	100	86	33	43	33	64
Метод ритма	27	44	25	80	18	29	67	29	67	38
Стерилизация	53	56	-	40	82	-	33	14	-	38
Спермициды	27	44	13	30	55	14	33	14	-	29
Прерванное сношение	13	22	13	20	9	-	67	-	33	15
Прочие	27	22	13	10	-	29	67	14	-	18

Источник: рассчитано и составлено авторами по результатам опроса.

На второе место медики ставят внутриматочные средства (60%), на третье - гормональные препараты (50%). Половина из медиков либо негативно относятся к этим высокоэффективным препаратам, либо не считают их средством предупреждения беременности. Очевидно, у этих медиков до сих пор сохранилось мнение о вредности данного вида контрацепции для здоровья женщин. Между тем, все без исключения работники Ассоциации по планированию семьи и ее региональных служб, ответившие на данный вопрос, считают наиболее приемлемой гормональную контрацепцию.

Социологи семьи наиболее приемлемым способом контрацепции считают внутриматочные средства (67%), далее идут презерватив и стерилизация (по 56%), ритмический метод и спермициды (по 44%) и только на шестом месте - гормональные препараты (33%).

Депутаты Думы чаще всего отмечали в этом вопросе презерватив и гормональные препараты (по 50%), внутриматочные средства (38%). Интересно, что никто из этой группы экспертов не отметил в качестве приемлемой стерилизацию.

По мнению представителей органов исполнительной власти наиболее приемлемы внутриматочные средства (57%), далее идут гормональные препараты (43%), презерватив и ритмический метод (по 29%). Никто из этой группы экспертов не отметил прерывание полового акта.

У специалистов по гендерным исследованиям на первом-третьем местах стоят презерватив, внутриматочные средства и гормональные препараты (по 86%). Ни одна из представительниц этой группы экспертов не отметила стерилизации и прерывания полового акта.

Специалисты по биоэтике чаще всего отмечали презерватив (100%), внутриматочные средства, ритмический метод и прерывание полового акта (по 67%).

У юристов на первом месте тоже стоит презерватив (100%), далее идет ритмический метод (66,7%). Никто из них не отметил стерилизации и спермицидов.

ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО И МОРАЛЬНОГО ФАКТОРОВ НА ОТНОШЕНИЕ К АБОРТАМ

Мы пытались оценить, какие факторы являются более значимыми в формировании негативного отношения к абортам. При этом сравнивались демографические факторы и моральные факторы. Под демографическими факторами имелись в виду отношение эксперта к проблеме рождаемости. Если эксперт высказывал мнение, что существующие тенденции рождаемости угрожают нормальному воспроизводству населения России и при этом высказывает отрицательное отношение к абортам, есть основания полагать, что в основе этого отношения лежат и демографические мотивы (хотя они могут сочетаться с другими мотивами).

Подавляющее большинство экспертов - 67 чел. или 76% из ответивших, считают, что современные тенденции рождаемости в России являются угрожающими нормальному воспроизводству населения, лишь 8 человек (9%) признают эти тенденции вполне нормальными. Еще 13 чел. (15%) высказали иные мнения и только один из экспертов не ответил на данный вопрос. Среди экспертов, обеспокоенных проблемой воспроизводства населения, негативное отношение к аборту встречается чаще, чем среди тех, кто считает, что с воспроизводством все обстоит нормально. Однако даже и в первой группе противники абортов составляют явное меньшинство.

Негативное отношение к аборту в данном случае определялось по ответам на шесть вопросов:

1. Ответ "да" на вопрос: "Некоторые люди считают, что аборт - это убийство. Вы согласны с таким мнением?" В первой группе экспертов ответил "да" каждый четвертый (24%), во второй - лишь один из 8 (13%).
2. Ответ "да" на вопрос: "Считаете ли Вы, что каждая беременность должна завершаться родами?" В первой группе экспертов согласились с этим суждением также 24%, во второй - таких вообще не оказалось.
3. Ответ "нет" на вопрос: "На Ваш взгляд, допустимо ли искусственное прерывание беременности?" Во второй группе тоже не было ни одного такого ответа, но и в первой их оказалось ничтожное меньшинство - всего 9%.
4. Ответ "нет" на вопрос: "Считаете ли Вы приемлемым действующее у нас законодательство по абортам?". Ситуация, сходная с ответом на предыдущий вопрос. Во второй группе нет ни одного человека, который считает это законодательство

неприемлемым. В первой группе такие люди есть, но их немного - только 15%. Следует иметь в виду, что те, кто относится отрицательно к ныне действующим законам, согласно которым любая женщина имеет право прервать беременность сроком до 12 недель (а в ряде случаев - и на более поздних сроках), чаще всего считают эти законы слишком либеральными.

5. Согласие с утверждением, что законодательное ограничение права женщины на аборт могло бы способствовать повышению уровня рождаемости в стране. Так же, как и на предыдущий вопрос ответили "да" 15% экспертов из первой группы, а во второй группе таких вообще не оказалось.
6. Одобрительное отношение к деятельности общественных организаций, выступающих за ограничение или запрещение аборт по желанию женщин. 22% экспертов из первой группы и 13% из второй ответили: "Считаю их деятельность положительной и полезной".

Таким образом, ответы на четыре из данных шести вопросов показывают, что негативное отношение к абортам вообще не встречается у экспертов, которые считают, что нынешние тенденции рождаемости не оказывают негативного влияния на воспроизводство населения. Судя по ответам на остальные два вопроса, отрицательно относится к абортам только один из восьми экспертов, входящих в эту маленькую группу, то есть 13%.

Среди экспертов, обеспокоенных обострением проблемы воспроизводства населения из-за низкой рождаемости, негативное отношение к аборту встречается чаще, чем в первой группе, но отнюдь не является преобладающим. Максимальная частота антиабортных установок даже в этой группе составляет лишь 24% (по ответам на вопросы о том является ли аборт убийством и должна ли каждая беременность завершаться родами). Лишь 15% экспертов из этой группы считают, что законодательное ограничение права женщин на аборт способствовало бы повышению рождаемости. Между тем, это единственный чисто "демографический" мотив отрицательного отношения к аборту. И даже среди тех экспертов, которые обеспокоены проблемой воспроизводства населения, он встречается реже, чем негативное мнение об аборте, связанное с моральными соображениями.

Главным индикатором этих моральных соображений являются ответы на вопрос: "Можно ли, по Вашему мнению, плод, находящийся в утробе матери, рассматривать как человеческую личность?" Если эксперт отвечал, что плод является личностью начиная с момента зачатия или не позднее, чем с третьего месяца беременности (всего таких ответов было 20), то можно было ожидать что такой эксперт будет противником аборт по чисто моральным мотивам. И действительно, по всем шести вопросам эти эксперты (группа 3) дают более высокий процент "антиабортных" ответов, чем эксперты, обеспокоенные воспроизводством населения (группа 1).

Так, эксперты из группы 1 считают аборт убийством в 24% случаев, а эксперты из группы 3 в 55% случаев. Почти половина последних (45%) все-таки не признает прерывание беременности убийством, главным образом потому, что считает аборт вынужденным поступком в условиях низкой контрацептивной культуры населения. Мнение о том, что каждая беременность должна завершаться родами, также разделяют 24% экспертов в группе 1 и 53% в группе 3. Процент экспертов, считающих, что законодательное ограничение права

женщин на аборт повысит рождаемость, также выше среди тех, кто осуждает аборт по моральным соображениям (18%), чем среди тех, кто обеспокоен проблемой воспроизводства населения (15%), хотя эта небольшая разница, скорее всего, носит случайный характер.

Таблица 5. Связь между оценкой демографической ситуации, моральными воззрениями экспертов и их отношением к абортам

Группа экспертов	Доля (%) экспертов, считающих, что:					
	Аборт – это убийство	Каждая беременность должна завершаться родами	Искусственное прерывание беременности недопустимо	Существующее законодательство об абортах неприемлемо	Ограничение права на аборт повысит рождаемость	Деятельность “анти-абортных” организаций является полезной
<i>Оценка тенденций рождаемости:</i>						
(1) “угрожающие воспроизводству населения”	24	24	9	15	15	22
(2) “нормальные”	13	-	-	-	-	13
Разница между группами (1) и (2)	+11	+24	+9	+15	+15	+9
<i>Мнение о том, когда плод становится личностью:</i>						
(3) с зачатия или не позже 3-его месяца беременности	55	53	21	20	18	42
(4) в более поздние сроки беременности или после рождения	8	20	2	10	13	12
Разница между группами (3) и (4)	+47	+33	+19	+10	+5	+30

Источник: рассчитано и составлено авторами по результатам опроса.

С другой стороны, среди экспертов, не признающих плод в первом триместре беременности человеческой личностью 13% все-таки полагают, что введение ограничений на аборт повысит рождаемость, а среди тех экспертов, которых проблема рождаемости не беспокоит, таких нет вообще.

Влияние демографического фактора на формирование негативного отношения к аборту определялось по разнице между процентами ответивших на соответствующие вопросы среди обеспокоенных проблемой воспроизводства населения (группа 1, состоит из 67 чел.) и считающих, что с воспроизводством (в аспекте рождаемости) все нормально (группа 2, состоит из 8 чел.).

Влияние морального фактора определялось соответственно по разнице между ответами тех, кто считает, что плод становится личностью с момента зачатия или не позже третьего месяца беременности и теми, кто относит становление личности на более поздние сроки беременности или после рождения. Мнение о признании плода личностью на ранних сроках беременности превалирует во всех группах экспертов, но особенно значительно, что ожидаемо, среди тех, кто считает аборт убийством и тех, кто считают полезной деятельность организаций, поддерживающих Pro-life ценности.

Фактор возраста не оказывает заметного влияния на формирование у экспертов негативного отношения к абортam (индикаторами этого отношения считались ответы на те же вопросы, что и в таблице 5). Это влияние проявляется только в двух случаях:

1. Чем моложе эксперты, тем чаще они считают, что каждая беременность должна завершаться родами: в возрасте до 40 лет так полагают 29%, в 40-49 лет - 23%, а после 50 лет - только 19%. Однако, несмотря на эту тенденцию, во всех возрастах подавляющее большинство экспертов (свыше 70%) данную точку зрения не разделяют.
2. Группа 40-49 лет довольно резко выделяется своей склонностью расценивать аборт как убийство: так считают 30% экспертов данного возраста по сравнению с 13% среди более молодых и с 19% среди более старших экспертов.

Однако, вопреки всякой логике, именно в этой возрастной группе, реже всего (лишь в 6% случаев по сравнению с 17% в группе до 40 лет и с 19% в группе старше 50 лет) высказываются мнения о неприемлемости действующего в России законодательства об абортах, которое практически всем женщинам разрешает совершать эти "убийства". Такое противоречие объясняется скорее всего небольшой численностью групп: экспертов моложе 40 лет всего - 24, от 40 до 49 лет - 33, старше 50 лет - 26 человек. Шесть экспертов не указали в анкете свой возраст.

Пол экспертов влияет на их отношение к абортam более заметно, чем возраст. Это связано с самим характером проблемы. Мужчины реже, чем женщины, признают аборт убийством (15% против 25%), но в три раза чаще, чем женщины (24% против 8%) считают нынешние законы об аборте неприемлемыми. Кроме того, мужчины в 4 с лишним раза чаще, чем женщины (25% против 6%) утверждают, что ограничение права женщин на аборт приведет к повышению рождаемости (во что среди самих женщин почти никто не верит). Наконец, почти треть мужчин-экспертов (32%) положительно относится к организациям, выступающим за запрещение абортov или введение ограничений на их производство. Среди экспертов-женщин такое одобрение высказали только 14%.

Складывается впечатление, что большинство экспертов-женщин, которые осуждают абортov по моральным соображениям и даже приравнивают их к убийству, тем не менее признают, что каждая женщина вправе брать такой грех на свою душу, а государство или общественные организации не должны ей в этом препятствовать.

Интересно, что данные опроса экспертов показали те же самые закономерности, что и результаты опроса общественного мнения, проведенного ВЦИОМ (Всероссийским центром изучения общественного мнения) в 1994 г. Согласно данным этого исследования, 88% опрошенных женщин высказались за законное право женщин прерывать беременность, если они по каким-либо причинам не хотят иметь ребенка. Среди мужчин сторонников этого мнения оказалось несколько меньше, но они также составляют подавляющее большинство - 73%. Какой-либо существенной связи между возрастом респондентов и их отношением к абортu обнаружено не было (Бодрова 1995, с.26).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволяет сделать ряд важных выводов:

1. Подавляющее большинство опрошенных экспертов придерживаются мнения о безусловном праве женщин решать судьбу своей беременности. Эта позиция разделяется большинством экспертов, независимо от их взглядов на моральные аспекты проблем аборт и контрацепции.
2. Большинство экспертов выступают безусловными противниками любого законодательного запрета аборт или ограничения права женщин на прерывание беременности. По их мнению, такой запрет мог бы иметь только отрицательные последствия в виде резкого увеличения числа криминальных аборт, и, как результат последнего - ухудшения состояния здоровья женского населения.
3. Значительная (но меньшая) часть экспертов не одобряет аборт (в основном по моральным соображениям), но и среди них большинство считает допустимым искусственное прерывание беременности по желанию женщины. Многие из таких экспертов мотивировали свою позицию тем, что женщины вынуждены прибегать к аборт из-за низкой эффективности и неудобства в применении наиболее распространенных в России средств и методов контрацепции. Современные (внутриматочные и гормональные) средства контрацепции до сих пор имеют в стране весьма малое распространение.
4. Хотя более трех четвертей экспертов считает, что существующие в России тенденции рождаемости угрожают нормальному воспроизводству населения, тем не менее они, как правило, не считают целесообразным запрещение аборт или ограничение права женщин на прерывание беременности. Лишь 15% экспертов из данной группы полагают, что подобные меры могли бы способствовать повышению рождаемости.
5. Несмотря на крайне тяжелую демографическую ситуацию в стране, у тех экспертов, кто выразил негативное отношение к аборт, это отношение мотивируется в основном моральными, а не популяционистскими соображениями.
6. Отношение экспертов к аборт почти не зависит от их возраста. Пока нет оснований считать, что смена поколений сама по себе приведет к изменению моральной оценки аборт даже среди специалистов, не говоря уже о массах населения.
7. Мужчины-эксперты гораздо реже, чем женщины признают аборт аморальным поступком, но значительно чаще делают из этого признания вывод о необходимости борьбы с аборт и верят в то, что эта борьба даст позитивные результаты. Впрочем, и среди мужчин-эксперт такого мнения придерживается лишь меньшинство - менее одной трети.

ЛИТЕРАТУРА

- Бодрова В.В. (1995). Сексуальная мораль и репродуктивное поведение населения. *Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения*. Информационный бюллетень, 3 (май-июнь), 25-27.
- Борисов В., Синельников А., Архангельский В. (1997). Аборты и планирование семьи в России: правовые и нравственные аспекты (опрос экспертов). *Вопросы статистики*, 3, 75-81.
- Вишневский А.Г. (ред.) (1996). Население России 1995. Третий ежегодный демографический доклад. М.: Центр демографии и экологии человека.
- Вишневский А.Г., Денисов Б.П., Сакевич В.И. (2017). Контрацептивная революция в России. *Демографическое обозрение*, 4(1), 6–34. DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v4i1.6986>
- Кочергина Е. (2017). Как общество отвечает на неотрадиционалистскую политику государства (на примере отношения к абортam). *Вестник общественного мнения*, 1-2 (124), 141-151.
- Кухианидзе С. (1996). Это должен знать каждый. *Московская правда*, 20 февраля.
- Мельников А. (1995). Проблема. *Независимая газета*, 19 октября.
- Попов А.А. (1995а). Аборты в России. *Человек*, 1, 113-119.
- Попов А.А. (1995б) Демонополизация политики планирования семьи в России. *Семья в России*, 3-4, 109-119.
- Российский статистический ежегодник / Сборник. М.: Госкомстат, 1996.
- Сакевич В. И., Денисов Б. П. (2019). Репродуктивное здоровье населения и проблема абортов в России: новейшие тенденции. *Социологические исследования*, 11, 140-151. DOI: 10.31857/S013216250007457-5
- Тёмкина А.А. (2013). Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контексте современной биополитики в России. *Журнал исследований социальной политики*, 11(1), 7–24. URL: <https://jsps.hse.ru/article/view/3445>
- Denisov B.P, Sakevich V.I, Jasilioniene A. (2012). Divergent Trends in Abortion and Birth Control Practices in Belarus, Russia and Ukraine. *PLoS ONE* 7(11): e49986. DOI: 10.1371/journal.pone.0049986
- Philipov D., Andreev E., Kharkova T., Shkolnikov V. (2004). Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Under-Reporting in Surveys. *European Journal of Population*, 20: 95–117. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:EUJP.0000034499.24658.7a>
- Troitskaia I., Avdeev A., Badurashvili I., Kapanadze E., Tretjakova V. (2009). Étude comparative des pratiques contraceptives: France, Géorgie, Lituanie et Russie. *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 40, 3–4, Septembre–Décembre, 241–272. DOI : 10.4074/S0338059909003088

LEGAL AND MORAL ASPECTS OF INDUCED ABORTION AND FAMILY PLANNING IN RUSSIA: RESULTS OF AN EXPERT SURVEY CONDUCTED IN 1996

VLADIMIR BORISOV, ALEXANDER SINELNIKOV, VLADIMIR ARKHANGELSKY

The article presents the results of a survey of experts conducted in January-February 1996 in order to identify the opinions of experts on fundamental issues related to birth control in Russia. This study was part of the research project "Family Planning and Public Health Policy in Russia: The Transition from Abortion to Contraception in a Changing Society", carried out by the Transnational Family Research Institute (Moscow) in 1995-1997. In total, 89 experts were interviewed, representing academic communities in various fields of knowledge (geography, demography, history, psychology, medicine, philosophy, and economics), public health administrators and practitioners, State Duma deputies, representatives of federal and regional executive authorities and priests. The survey program covered the issues of the legitimacy and moral acceptability of abortion, an assessment of the current legislation on induced abortion, an assessment of people's acceptance of the regulation of reproductive function and of the most acceptable methods of birth control in the context of fertility trends in the country, an assessment of the activities of NGOs advocating the limitation and prohibition of voluntary abortion and the possible consequences of changes in legislation in relation to abortion and family planning. The overwhelming majority of the experts supported the unconditional right of women to decide the fate of their pregnancy. According to experts, a legislative ban on abortion and restricting the right of women to terminate pregnancy if they wish would not solve the problem of low fertility, and could only have negative consequences in terms of increasing the level of criminality in the country and worsening the health of many women. A quarter of a century later, the questions raised in the study of the mid-1990s remain relevant.

Key words: expert survey, fertility, induced abortions, family planning, contraception, reproductive health, legislation on abortion.

VLADIMIR BORISOV, DIED IN 2005. AT THE TIME OF THIS WRITING, HE WORKED AT THE FACULTY OF SOCIOLOGY, LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY AND AT THE STATE PEDAGOGICAL UNIVERSITY.

ALEXANDER SINELNIKOV (sinalexander@yandex.ru), LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY, RUSSIA.

VLADIMIR ARKHANGELSKY (archangelsky@yandex.ru), LOMONOSOV MOSCOW STATE UNIVERSITY, RUSSIA.

DATE RECEIVED : JUNE 2021.

REFERENCES

- Bodrova V.V. (1995). Seksual'naya moral' i reproduktivnoe povedenie naseleniya [Sexual Moral and Reproductive Behavior of the Population]. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: monitoring obshchestvennogo mneniya. Informatsionnyy byulleten'* [Economic and Social Change: the Monitoring of Public Opinion], 3: 25-27. (In Russ.)
- Borisov V., Sinelnikov A., Arkhangelsky V. (1997). Aborty i planirovanie sem'i v Rossii: pravovye i nravstvennye aspekty (opros ekspertov) [Abortion and Family Planning in Russia: Legal and moral aspects (expert survey)]. *Voprosy statistiki* [Statistical issues], 3: 75-81. (In Russ.)
- Denisov B.P, Sakevich V.I, Jasilioniene A. (2012). Divergent Trends in Abortion and Birth Control Practices in Belarus, Russia and Ukraine. *PLoS ONE* 7(11): e49986. DOI: 10.1371/journal.pone.0049986

- Kochergina E. (2017). Kak obshchestvo otvechaet na neotraditsionalistskuyu politiku gosudarstva (na primere otnosheniya k abortam) [How society responds to the neotraditionalist policy of the state (on the example of the attitude to abortion)]. *Vestnik obshchestvennogo mneniya* [Bulletin of Public Opinion], 1-2 (124): 141-151. (In Russ.)
- Kukhianidze S. (1996). Eto dolzhen znat' kazhdyy [Everyone should know this]. *Moskovskaya Pravda*, February 20. (In Russ.)
- Melnikov A. (1995). Problema [The Problem]. *Nezavisimaya gazeta*, October 19. (In Russ.)
- Philipov D., Andreev E., Kharkova T., Shkolnikov V. (2004). Induced Abortion in Russia: Recent Trends and Under-Reporting in Surveys. *European Journal of Population*, 20: 95–117. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:EUJP.0000034499.24658.7a>
- Popov A.A. (1995a). Aborty v Rossii [Abortions in Russia]. *Chelovek* [Human Being], 1: 113-119. (In Russ.)
- Popov A.A. (1995b). Demonopolizatsiya politiki planirovaniya sem'i v Rossii [Demonopolization of family planning policy in Russia]. *Sem'ya v Rossii* [Family in Russia], 3-4: 109-119. (In Russ.)
- Rossiyskiy statisticheskiy ezhegodnik / Sbornik [Russian Statistical Yearbook]. M: Goskomstat, 1996. (In Russ.)
- Sakevich V.I., Denisov B.P. (2019). Reproduktivnoe zdorov'e naseleniya i problema abortov v Rossii: noveyshie tendentsii [The Latest Trends in Reproductive Health and the Problem of Abortion in Russia]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], 11: 140-151. (In Russ.) DOI: 10.31857/S013216250007457-5
- Temkina A.A. (2013). Sovety ginekologov o kontratseptsii i planirovanii beremennosti v kontekste sovremennoy biopolitiki v Rossii [Gynecologists' Advices on Contraception and Pregnancy Planning in the Context of Contemporary Biopolitics in Russia]. *The Journal of Social Policy Studies*, 11(1): 7-24. (In Russ.) Retrieved from <https://jsps.hse.ru/article/view/3445>
- Troitskaia I., Avdeev A., Badurashvili I., Kapanadze E., Tretjakova V. (2009). Étude comparative des pratiques contraceptives: France, Géorgie, Lituanie et Russie. *Revue d'études comparatives Est-Ouest*, 40, 3–4, Septembre–Décembre, 241–272. DOI : 10.4074/S0338059909003088
- Vishnevsky A.G. (ed.) (1996). Naselenie Rossii 1995 [Population of Russia]. Tretiy ezhegodnyy demograficheskii doklad. M.: Tsentr demografii i ekologii cheloveka. (In Russ.)
- Vishnevsky A.G., Sakevich V.I., Denisov B.P. (2017). The contraceptive revolution in Russia. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], English selection 2017: 86-108. DOI: <https://doi.org/10.17323/demreview.v4i5.8570>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Вопросник для эксперта

Уважаемый(ая) коллега!

Институт международных исследований семьи (Москва) проводит опрос мнений экспертов по проблеме планирования семьи в нашей стране. Просим Вас ответить на ряд вопросов. Без Вашего согласия Ваше имя не будет использовано ни при каких обстоятельствах.

1. Считаете ли Вы, что современные тенденции рождаемости в России являются:
 1. Угрожающими нормальному воспроизводству населения
 2. Вполне нормальными
 3. Иное мнение:
2. По Вашему мнению, современный уровень рождаемости в России можно оценить как:
 1. Чрезмерно высокий
 2. Оптимальный
 3. Чрезмерно низкий
 4. Иное мнение:
3. Считаете ли Вы, что уровень рождаемости в России в ближайшее время будет:
 1. Снижаться
 2. Повышаться
 3. Оставаться почти неизменным
4. Считаете ли Вы, что число детей в семье должно прежде всего отвечать интересам:
 1. Общества
 2. Семьи
 3. Иное мнение:
5. На Ваш взгляд, аборт в России:
 1. Слишком много
 2. Много
 3. Не много, но и не мало
 4. Мало
6. Некоторые люди считают, что аборт - это убийство. Вы согласны с таким мнением?
 1. Да
 2. Нет
 3. Иное мнение:
7. Считаете ли Вы, что человеческая жизнь начинается:
 1. Непосредственно с момента зачатия
 2. С месяца беременности
 3. После рождения
 4. Иное мнение:
8. Можно ли, по Вашему мнению, плод, находящийся в утробе матери, рассматривать как человеческую личность?
 1. Нельзя
 2. Можно, причем непосредственно с момента зачатия
 3. Можно, но начиная с ___ месяца беременности
 4. Иное мнение:

9. Считаете ли Вы, что каждая беременность должна завершаться родами?

1. Да
2. Да, но только естественными методами
3. Нет

10. Если "да", то почему?

11. На Ваш взгляд, допустимо ли предупреждение беременности?

1. Да
2. Нет

12. Почему Вы так считаете?

13. На Ваш взгляд, допустимо ли искусственное прерывание беременности?

1. Да
2. Нет

14. Почему Вы так считаете?

15. Считаете ли Вы приемлемым действующее у нас законодательство по абортам?

1. Да
2. Нет
3. Трудно сказать

16. Если «нет», то какие изменения, с Вашей точки зрения, следует в него внести?

17-22. Согласны ли Вы с мнением, что законодательное ограничение права женщины на аборт могло бы способствовать:

	Да	Нет
17. Повышению уровня рождаемости в стране	1	2
18. Сохранению здоровья женщин	1	2
19. Криминализации производства абортов	1	2
20. Повышению духовности общества	1	2
21. Росту женского бесплодия в результате производства нелегальных абортов	1	2
22. Ухудшению общего состояния здоровья женщин вследствие нелегальных абортов	1	2

23. Считаете ли Вы, что на смену искусственным абортам, как средству регулирования деторождения, должны прийти высокоэффективные и относительно безопасные противозачаточные средства?

1. Да
2. Нет

24. Если "да", то какие противозачаточные средства или методы Вы считаете наиболее приемлемыми (по любым соображениям)

1. Презерватив
2. Внутриматочные средства
3. Гормональные препараты
4. Стерилизация
5. Периодическое воздержание (ритмический метод)
6. Спермициды (медицинские средства токсического воздействия на жизнеспособность сперматозоидов)
7. Прерывание полового акта
8. Другие способы (какие?)

25. Как Вы относитесь к деятельности общественных организаций, выступающих за ограничение или запрещение аборт по желанию женщин?

1. Считаю их деятельность положительной и полезной
2. Считаю их деятельность опасной и вредной
3. Иное мнение:

26. Если Вам представляются важными какие-то другие аспекты затронутой в анкете проблемы, то Вы можете высказать свое мнение по ним здесь. На Ваш взгляд, допустимо ли предупреждение беременности?

А теперь расскажите немного о себе:

27. Ваш пол: 1 - мужской 2 - женский
 28. Год и месяц рождения
 29. Профессия
 30. Место работы
 31. Должность
 32. Ученая степень (если есть)
 33. Ученое звание (если есть)
- Если хотите, укажите фамилию и инициалы.

В ОТВЕТЕ ЛИ МЫ ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ? НЕРАВЕНСТВО ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

МАРИНА КАРЦЕВА, ПОЛИНА КУЗНЕЦОВА

В работе проанализирован вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье населения России в возрасте от 25 до 74 лет. Эмпирической основой исследования являются национально репрезентативные данные РМЭЗ НИУ ВШЭ за 2018 г.

В качестве индикатора здоровья использована самооценка состояния здоровья (пятибалльная шкала). Стартовые возможности индивида в работе охарактеризованы образованием родителей и местом рождения (страна, тип поселения). Вектор собственных усилий человека по сохранению здоровья включает уровень образования, отказ от курения и занятия физкультурой.

Для анализа влияния стартовых возможностей на состояние здоровья индивида используется методика, предложенная в работе (Граппоу et al. 2010), которая позволяет учесть как прямой, так и посреднический (через влияние на усилия) эффекты. С помощью регрессионного анализа показано, что при прочих равных стартовые возможности оказывают значимое влияние на здоровье индивидов. В частности, образование родителей положительно отражается на самооценке здоровья. Рождение в другой стране, другом населенном пункте и рождение в городской местности, наоборот, снижают показатель самооценки здоровья. Данное наблюдение позволяет сделать вывод о наличии несправедливого неравенства в здоровье, т. е. неравенства, обусловленного факторами, независимыми от собственных усилий человека.

Количественная оценка неравенства возможностей в здоровье сделана с помощью непараметрического подхода (Cecchi, Peragine 2010; Lazar 2013). По нашим расчетам вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье составляет 72-74% для населения в целом, будучи несколько выше для женщин (62-74 и 60-69% для мужчин и женщин соответственно) и для лиц старшей возрастной группы (59-62 и 67-75% для групп 25-44 и 45-74 года соответственно). Полученные оценки сопоставимы с результатами для других стран и свидетельствуют о значимости проблемы неравенства возможностей в здоровье в России.

Ключевые слова: *неравенство возможностей, неравенство в здоровье, самооценка здоровья, усилия, стиль жизни в отношении здоровья, Россия, РМЭЗ.*

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье – один из ключевых факторов благополучия человека. Оно существенно влияет на социальные и экономические аспекты жизни, в том числе на уровень и качество образования, занятость, общественную деятельность и заботу о детях. Как следствие, неравенство в здоровье может приводить к неравенству в других показателях и способствовать воспроизводству неравенства во времени (World Bank 2005).

МАРИНА АНАТОЛЬЕВНА КАРЦЕВА (kartseva-ma@ranepa.ru), Российская Академия Народного Хозяйства и Государственной Службы при Президенте Российской Федерации, Россия.

ПОЛИНА ОЛЕГОВНА КУЗНЕЦОВА (kuznetsova-po@ranepa.ru), Российская Академия Народного Хозяйства и Государственной Службы при Президенте Российской Федерации, Россия.

Статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

Статья поступила в редакцию в марте 2021 г.

Снижение неравенства в здоровье является важной задачей развития как на мировом уровне, так и на уровне отдельных стран. В основном предпринимаемые меры направлены на снижение неравенства в здоровье между отдельными социально-экономическими группами населения. К таким мерам в частности относится обеспечение равенства доступа к здравоохранению и к медицинскому страхованию. Однако в настоящее время широко признается, что неравенство в здоровье определяется не только неравенством текущего социально-экономического положения индивидов: значительная его часть обусловлена различиями условий, в которых люди рождаются и растут, т. е. их стартовыми возможностями (World Bank 2005; WHO 2008).

В современной философской литературе неравенство достижений человека (например, доходов, благосостояния, здоровья и др.), обусловленное неравенством стартовых возможностей, рассматривается как несправедливое (Rawls 1971; Dworkin 1981; Arneson 1989; Cohen 1989; Sen 1985; Roemer 1998; Fleurbaey 2008). Под стартовыми возможностями понимаются все те факторы, на которые человек не может влиять (пол, место рождения, раса, национальность, образование и здоровье родителей и др.). Такое неравенство является социально неприемлемым, а усилия общества и государства должны быть направлены на его снижение («принцип компенсации»). Неравенство достижений, вызванное неравенством собственных усилий, наоборот, одобряется обществом («принцип естественной награды») (Roemer 1998). При анализе неравенства возможностей в здоровье усилия индивидов в основном определяются их образом жизни и особенностями поведения (Fleurbaey, Schokkaert 2009). Определение вклада возможностей и усилий в неравенство в здоровье может дать для политиков важную информацию о механизмах формирования последнего, а также о том, насколько оно нуждается в компенсации.

Решение задачи декомпозиции неравенства в здоровье связано с определенными методологическими трудностями. В частности, для того, чтобы выделить из общего неравенства ту часть, которая определяется собственными усилиями человека, и часть, обусловленную его стартовыми возможностями, необходимо определить степень независимости усилий и стартовых возможностей индивидов. В современной литературе существует два подхода к этому вопросу. Согласно (Roemer 1998) стартовые возможности являются важным фактором усилий и это необходимо учитывать при проведении декомпозиции (показатели усилий должны быть «очищены» от влияния стартовых возможностей). С другой стороны, (Barry 2005) полагает, что корреляция усилий и стартовых возможностей не должна учитываться, прилагаемые усилия должны быть полностью вознаграждены. В нашей работе мы следуем концепции Ремера (Roemer 1998).

Результаты зарубежных исследований свидетельствуют о наличии значимого неравенства возможностей в здоровье во всех рассмотренных странах. В работе (Bricard et al. 2013) анализируется неравенство возможностей в здоровье в 13 европейских странах. Показано, что в среднем в Европе неравенство стартовых возможностей объясняет 57% неравенства в здоровье. Показатель существенно варьируется по странам (от 40 до 83%). Наибольшие показатели неравенства возможностей в здоровье наблюдаются в Чехии, Испании, Греции, а наименьшие – в Бельгии, Голландии и Швейцарии (Bricard et al. 2013). В некоторых работах получены оценки вклада неравенства возможностей в неравенство в

здоровье для отдельных европейских стран. В Люксембурге вклад неравенства возможностей оценивается в 27-28% (Deutsch et al. 2018), во Франции – в 46% (Jusot, Tubeuf, Tranno 2013). В Великобритании неравенство стартовых возможностей объясняет 21-42% неравенства в здоровье в том случае, если здоровье индивида определяется его самооценкой (Rosa Dias, 2009; Donni, Peragine, Pignataro 2014). При использовании в качестве показателей здоровья различных биомаркеров показатель снижается до 4-20% (Davillas, Jones 2020). В Израиле неравенство возможностей практически полностью определяет неравенство в здоровье: его вклад составляет 90-92% (Lazar 2013). Ряд работ посвящен изучению вклада неравенства возможностей в здоровье в развивающихся странах: в Колумбии и Чили он значительный – 42-67% (Carranza, Hojman 2015; Fajardo-Gonzales 2016; Rivera 2017), в Индонезии, напротив, относительно невелик – 7-10% (Jusot Mage-Bertomeu, Menéndez 2017).

В России неравенство в здоровье является актуальной проблемой: современные исследования показывают значительное межгрупповое неравенство, важным фактором которого являются демографические характеристики. Во-первых, существуют значительные гендерные различия в здоровье (Григорьева, Чубарова 2020), которые постепенно снижаются (Русинова, Сафронов 2019), но тем не менее женщины по-прежнему оценивают свое здоровье значимо ниже, чем мужчины.

Существуют и значительные возрастные различия в здоровье. Уровень различий между молодыми и старшими возрастными группами в России заметно выше, чем в развитых европейских странах, где возрастное неравенство в здоровье существенно сглажено высоким уровнем благосостояния пожилого населения и существующими социальными гарантиями (Русинова, Сафронов 2019).

Также в России наблюдается значимое неравенство в здоровье в зависимости от социально-экономического статуса населения (Римашевская 2010; Кислицына 2015; Пол, Валтонен, Ковтун 2019). Сравнительный анализ показывает, что социальный градиент в неравенстве в здоровье населения России выражен не столь отчетливо, как в развитых европейских странах (Русинова, Сафронов 2012), и в большей степени определяется абсолютными депривациями. В то же время (Кислицына 2015) отмечает гендерные различия в социальной структуре неравенства в здоровье: если для мужчин ключевым фактором социально-экономического положения, оказывающим влияние на здоровье, являются относительные материальные лишения (в большей степени вызванные неравенством), то для женщин важнее оказываются абсолютные лишения, в основном обусловленные бедностью.

Вопросы влияния стартовых возможностей на здоровье в России мало изучены. В работе (Рощина 2017) показано, что неравенство в здоровье начинает складываться еще в детстве: значимыми факторами доступа к медицинским услугам, в том числе диагностике и профилактике заболеваний, для детей и подростков являются характеристики их стартовых обстоятельств, а именно тип населенного пункта, а также образование и доход родителей. В работе (Ходоренко 2019) на данных Европейского социального исследования ESS за 2012 г. для 29 стран, включая Россию, отмечается, что более высокое образование родителей способствует повышению оценки респондентами собственного здоровья.

Рост образовательного статуса респондента по сравнению с родителями позитивно сказывается на его здоровье, причем данный эффект наиболее отчетливо проявляется для выходцев из наименее благополучных семей.

Таким образом, здоровье жителей России во многом определяется факторами, на которые они не могут повлиять, и, как следствие, вопросы справедливости неравенства в здоровье требуют дополнительного изучения. Однако, насколько нам известно, оценок вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье населения России не проводилось. Целью представленной работы является определение вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье взрослого населения России. Для решения поставленной задачи использована методика оценки вклада неравенства возможностей в неравенство достижений, адаптированная для оценки неравенства возможностей в здоровье и неоднократно апробированная в зарубежной литературе. Анализ проводили для населения в целом, для мужчин и женщин, а также для двух возрастных групп (25-44 и 45-74 года). Эмпирический анализ выполнен с использованием данных 26-ой волны Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ за 2018 г. (далее РМЭЗ-2018). Отметим, что набор показателей здоровья, стартовых возможностей и усилий, используемый в работе, не является исчерпывающим и определяется с учетом анализа соответствующей литературы и особенностей используемых данных.

ДАННЫЕ И МЕТОДЫ

Эмпирическая база

Эмпирической базой работы являются данные РМЭЗ-2018¹. Данные обследования содержат подробную информацию о социально-демографическом и экономическом положении респондента и его здоровье. Выбор конкретной волны обследования для проведения обуславливается наличием в ней данных об образовании родителей респондента. Основной фокус работы – изучение неравенства в здоровье лиц в возрасте от 25 до 74 лет. Общий объем выборки исследования составляет 7973 человека.

Здоровье индивида в работе измеряется с помощью самооценки здоровья респондентов (5 категорий: очень хорошее, хорошее, среднее, плохое, совсем плохое). С медицинской точки зрения самооценка не является объективным показателем состояния здоровья индивидов. Тем не менее в современной литературе самооценка здоровья признается важным фактором состояния здоровья, заболеваемости и смертности (Idler, Kas1995; Idler, Benyamini 1997; Wu et al. 2013). Это подтверждается и российскими исследованиями (Григорьева, Чубарова 2020; Шабунова, Шухатович, Корчагина 2013).

¹ Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS HSE: URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и URL: <http://www.hse.ru/rlms>).

Стартовые возможности индивида в работе характеризуются его местом рождения и образованием родителей. Место рождения определяется тремя переменными. Первые 2 фиктивные переменные показывают, родился ли человек: 1) в другом населенном пункте в России (не в том, в котором проживал на момент опроса); 2) не в России. Третий показатель характеризует тип местности, в которой родился человек (городская или сельская). Показатель образования родителей в работе был построен как максимум из количества лет обучения отца и матери. Количество лет обучения каждого из родителей определяли на основе информации о наивысшем достигнутом уровне образования и усредненных значениях длительности обучения для различных уровней образования, рассчитанных для респондентов в возрасте от 45 лет и старше. В качестве факторов усилий рассматривали собственное образование индивида (наличие высшего образования), статус курения (курит/не курит), занятия физкультурой (занимается легкой физкультурой хотя бы иногда). Дополнительно в работе контролировали демографические характеристики индивида – пол и возраст.

В таблице 1 приведены описательные статистики основных переменных, включенных в анализ. Средний показатель самооценки здоровья респондентами составляет 3,2, что соответствует уровню «среднее». Более трети участников опроса (34,1%) оценивают свое здоровье как хорошее или очень хорошее, 55,8% считают свое здоровье средним, и только 11% полагают, что их состояние здоровья плохое или очень плохое. Статистический анализ стартовых возможностей респондентов показал, что 8,0% из них родились в другой стране, 38,8% родились в России, но в другом населенном пункте, 55% родились в городской местности. Среднее количество лет обучения родителей составило 11,6 лет. С точки зрения усилий – 30,2% индивидов в выборке имеют высшее образование, 68,5% не курят и 26,0% занимаются физкультурой.

Таблица 1. Статистические характеристики показателей здоровья, стартовых возможностей и усилий, демографических показателей

Показатель	Среднее значение	Стандартное отклонение
<i>Здоровье</i>		
Самооценка здоровья (1 – совсем плохое; 5 – очень хорошее)	3,241	0,689
<i>Стартовые возможности</i>		
Индикатор: родился в другом населенном пункте России	0,388	0,487
Индикатор: родился в другой стране	0,080	0,272
Индикатор: родился в городской местности	0,550	0,498
Количество лет обучения родителей	11,649	3,063
<i>Усилия</i>		
Индикатор: есть высшее образование	0,302	0,459
Индикатор: не курит	0,685	0,464
Индикатор: занимается физкультурой	0,260	0,439
<i>Демографические характеристики</i>		
Возраст, лет	46,627	13,322
Индикатор: женщина	0,543	0,498

Источник: Составлено авторами на основе данных РМЭЗ-2018.

Методология оценки неравенства возможностей в здоровье

На первом шаге исследования был выполнен эконометрический анализ уравнения здоровья. Далее на базе полученных оценок определен вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье.

Оценка уравнения здоровья

Ключевой задачей при исследовании неравенства в здоровье является оценка зависимости здоровья индивидов от показателей их стартовых возможностей и усилий. Результаты анализа позволяют судить о наличии неравенства возможностей в здоровье и его особенностях, а также являются базой для количественной оценки вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье.

Оценивание зависимости здоровья от показателей стартовых возможностей и усилий – непростая эмпирическая задача. Во многом это связано с тем, что стартовые возможности влияют на здоровье индивида не только напрямую, но и опосредованно через воздействие на усилия (Roemer 1998). Другими словами, нельзя предположить, что усилия индивида по поддержанию и сохранению здоровья полностью независимы от того, в каких условиях он родился и рос. В работе (Fleurbaey, Schokkaert 2009) для иллюстрации сложного характера связей между происхождением и здоровьем приводится пример курения. Вред курения для здоровья в настоящее время не вызывает никаких сомнений. Таким образом, если человек курит, то его поведение можно рассматривать как усилие, снижающее здоровье. Однако вероятность курения во многом определяется социально-экономическим происхождением индивида, т. е. его стартовыми возможностями. Подобную зависимость усилий от стартовых возможностей необходимо учитывать при анализе вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье.

В том случае, когда переменная, характеризующая здоровье индивидов, является непрерывной, разделение влияния обстоятельств и собственных усилий не представляет особых сложностей. Оценки коэффициентов линейной модели здоровья при показателях стартовых возможностях отражают совокупный (прямой и посреднический) эффект, а оценки при показателях усилий – «чистый» эффект усилий. Однако в том случае, если переменная здоровья является дискретной (в нашем случае переменная, характеризующая здоровье, является ранговой и принимает 5 упорядоченных значений), возможности применения линейных моделей очень ограничены и необходимо использование специализированных методик.

Для оценки влияния стартовых возможностей на самооценку здоровья мы использовали подход, предложенный в работе (Tranno et al. 2010). Основная его идея состоит в следующем. Сначала проводится регрессионное оценивание уравнений зависимости показателей усилий от стартовых возможностей. Затем остатки регрессий усилий добавляются в качестве зависимых переменных в уравнение зависимости здоровья от стартовых возможностей. Эти остатки характеризуют соответствующие усилия индивида, «очищенные» от влияния стартовых возможностей. В результате этой процедуры коэффициенты при показателях стартовых обстоятельств отражают совокупный (прямой и

посреднический) эффект обстоятельств на здоровье, а коэффициенты при остатках – эффект усилий.

Модель, используемая в нашей работе, описывается уравнениями, приведенными ниже:

$$High_edu_i^* = \alpha_0 + \alpha_1 Gender_i + \alpha_2 Age_i + \alpha_3 Age_i^2 + \alpha_4 Oth_c_i + \alpha_5 Oth_s_i + \alpha_6 Urb_i + \alpha_7 Edu_par_i + u_i^{edu} \quad (1a)$$

$$No_smoke_i^* = \beta_0 + \beta_1 Gender_i + \beta_2 Age_i + \beta_3 Age_i^2 + \beta_4 Oth_c_i + \beta_5 Oth_s_i + \beta_6 Urb_i + \beta_7 Edu_par_i + \alpha\beta_8 \hat{u}_i^{edu} + u_i^{no_smoke} \quad (1b)$$

$$Sport_i^* = \gamma_0 + \gamma_1 Gender_i + \gamma_2 Age_i + \gamma_3 Age_i^2 + \gamma_4 Oth_c_i + \gamma_5 Oth_s_i + \gamma_6 Urb_i + \gamma_7 Edu_par_i + \gamma_8 \hat{u}_i^{edu} + \gamma_9 \hat{u}_i^{no_smoke} + u_i^{sport} \quad (1c)$$

$$Health_i^* = \theta_0 + \theta_1 Gender_i + \theta_2 Age_i + \theta_3 Age_i^2 + \theta_4 Oth_c_i + \theta_5 Oth_s_i + \theta_6 Urb_i + \theta_7 Edu_par_i + \theta_8 \hat{u}_i^{edu} + \theta_9 \hat{u}_i^{no_smoke} + \theta_{10} \hat{u}_i^{sport} + u_i^{health} \quad (1d)$$

где $High_edu_i^*$, $No_smoke_i^*$, $Sport_i^*$, $Health_i^*$ – латентные количественные переменные, характеризующие усилия и здоровье индивида, $Gender_i$ – пол индивида, Age_i – его возраст, Age_i^2 – квадрат возраста/100, Oth_c_i – фиктивная переменная рождения в другой стране, Oth_s_i – фиктивная переменная рождения в другом населенном пункте, Urb_i – фиктивная переменная рождения в городе, Edu_par_i – количество лет обучения родителей, \hat{u}_i^{edu} – регрессионные остатки уравнения образования (1a), $\hat{u}_i^{no_smoke}$ – регрессионные остатки уравнения курения (1b), \hat{u}_i^{sport} – регрессионные остатки уравнения занятий физкультурой (1c). Уравнения усилий (1a), (1b) и (1c) оцениваются с помощью логит-модели бинарного выбора, а уравнение здоровья (1d) – с помощью порядковой логит-модели. Остатки \hat{u}_i^{edu} , $\hat{u}_i^{no_smoke}$, \hat{u}_i^{sport} рассчитываются как обобщенные остатки моделей (Gourieroux et al. 1987).

Оценка вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье

В работе дана количественная оценка вклада неравенства возможностей в неравенство здоровья населения России. В основе используемой методологии лежит непараметрический подход к оценке неравенства возможностей, впервые предложенный в работе (Cheschi, Peragine 2010), базирующийся на сравнении реальной ситуации с гипотетическим распределением индивидуальных достижений, которое достигалось бы в ситуации, когда все неравенство объяснялось бы: 1) неравенством между группами с различными стартовыми возможностями (неравенство ex ante или неравенство «до»); 2) неравенством внутри групп с различным уровнем собственных усилий (неравенство ex post или неравенство «после»). Данная методология широко применяется при оценке вклада неравенства возможностей в неравенство доходов населения (см. обзор в (Ferreira, Peragine 2015; Карцева, Кузнецова 2020)), однако она предполагает непрерывность переменной достижений (как, например, при анализе доходов). В нашем случае переменная достижений (здоровья) индивида является дискретной.

В работе (Lazar 2013) предлагается адаптация непараметрического подхода (Cheschi, Peragine 2010) к задаче оценки вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье,

измеренного с помощью категориального показателя. В нашей работе мы в основном следуем методике (Lazar 2013).

Процесс оценки вклада неравенства возможностей состоит из четырех этапов:

Этап 1. На основе оценок, полученных при моделировании уравнения здоровья (1d), для каждого индивида предсказывается латентная непрерывная переменная здоровья:

$$\widehat{Health}_i^* = \hat{\theta}_0 + \hat{\theta}_1 Gender_i + \hat{\theta}_2 Age_i + \hat{\theta}_3 Age_i^2 + \hat{\theta}_4 Oth_c_i + \hat{\theta}_5 Oth_s_i + \hat{\theta}_6 Urb_i + \hat{\theta}_7 Edu_par_i + \hat{\theta}_8 \hat{u}_i^{edu} + \hat{\theta}_9 \hat{u}_i^{no_smoke} + \hat{\theta}_{10} \hat{u}_i^{sport} \quad (2)$$

Переменная \widehat{Health}^* нормируется так, чтобы ее значения находились в диапазоне от 0 до 1:

$$\hat{H}_i = \frac{\widehat{Health}_i^* - \min(\widehat{Health}^*)}{\max(\widehat{Health}^*) - \min(\widehat{Health}^*)} \quad (3)$$

Величина \hat{H}_i используется далее в качестве меры здоровья индивидов.

Этап 2. На основе оценок, полученных при моделировании уравнения здоровья (2), строятся агрегированные переменные, характеризующие стартовые возможности (\hat{C}) и усилия (\hat{E}):

$$\hat{C}_i = \hat{\beta}_4 Oth_c_i + \hat{\beta}_5 Oth_s_i + \hat{\beta}_6 Urb_i + \hat{\beta}_7 Edu_par_i \quad (4)$$

$$\hat{E}_i = \hat{\theta}_8 \hat{u}_i^{edu} + \hat{\theta}_9 \hat{u}_i^{no_smoke} + \hat{\theta}_{10} \hat{u}_i^{sport} \quad (5)$$

Затем мы разделяем выборку на 5 категорий (в авторском наименовании типы или транши) в зависимости от уровня стартовых усилий \hat{C} и 5 категорий (классов) в зависимости от собственных усилий \hat{E} . Таким образом, исходная выборка оказывается поделенной на 25 групп вида [тип стартовых обстоятельств] x [класс усилий]. От построенного на этапе 1 распределения \hat{H} мы переходим к сглаженному распределению H , в котором индивидуальные значения оцененной меры здоровья \hat{H}_i заменяются на средние значения в зависимости от типа стартовых обстоятельств и класса приложенных усилий, к которым принадлежит респондент. Такое сглаживание позволяет избавиться от той части неравенства, которая не объясняется отобранными характеристиками стартовых обстоятельств и усилий.

Этап 3. Неравенство возможностей ex post

Для того, чтобы оценить эффект собственных усилий, на базе распределения H построим гипотетическое распределение H_W , в котором внутри классов усилий значения здоровья (h_1, h_2, \dots, h_5) «подтянуты» до среднего значения по всей выборке $\left(h_1 \times \frac{\mu_H}{\mu_{h_1}}, h_2 \times \frac{\mu_H}{\mu_{h_2}}, \dots, h_5 \times \frac{\mu_H}{\mu_{h_5}} \right)$. Здесь μ_H – среднее значение распределения H , μ_{h_i} – среднее значение по классу усилий i ($i=1, \dots, 5$). В этом распределении искусственно удалено неравенство между классами усилий, а неравенство внутри классов остается неизменным (для мер неравенства, инвариантных по отношению к умножению, т. е. независимых от умножения на число). Таким образом, вклад неравенства возможностей в неравенство здоровья может быть

оценен с помощью соотношения неравенств распределений \mathbf{H} (общее неравенство) и \mathbf{H}_W (в данном случае это несправедливая часть неравенства, не зависящая от собственных усилий и полностью определяемая стартовыми обстоятельствами):

$$IO_W^{\text{ex post}} = \frac{I(\mathbf{H}_W)}{I(\mathbf{H})}. \quad (6)$$

Существует и другой способ измерить неравенство возможностей по классам прилагаемых усилий. Для этого можно рассмотреть другое гипотетическое распределение \mathbf{H}_B , в котором оставлена только справедливая часть неравенства, т. е. определяемая исключительно усилиями людей. Для этого внутри классов усилий (h_1, h_2, \dots, h_5) нужно все значения заменить на средние по этим классам ($\mu_1, \mu_2, \dots, \mu_5$). Тогда соотношение неравенства в распределениях \mathbf{H}_B и \mathbf{H} будет соответствовать справедливой части неравенства в здоровье, а дополнение к нему – вкладу неравенства возможностей:

$$IO_B^{\text{ex post}} = 1 - \frac{I(\mathbf{H}_B)}{I(\mathbf{H})}. \quad (7)$$

Вообще говоря, оценки неравенства возможностей $IO_W^{\text{ex post}}$ и $IO_B^{\text{ex post}}$ совпадают не всегда, а лишь, если мера неравенства обладает свойством аддитивной декомпозиции, т. е. если при разделении выборки на непересекающиеся группы неравенство во всей выборке представимо в виде суммы внутригрупповой и межгрупповой компонент. В данном исследовании вслед за работой (Lazar 2013) в качестве меры неравенства мы используем среднее логарифмическое отклонение (или L-индекс Тейла) – один из представителей семейства энтропийных коэффициентов $GE(\alpha)$, обладающих необходимым свойством.

Этап 4. Неравенство возможностей ex ante

Аналогичным образом можно оценить вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье, изучая внутри- и межгрупповое неравенство для типов стартовых обстоятельств. Поскольку такая оценка основывается на условиях ранней жизни респондентов, то она получила название неравенства возможностей ex ante («до»).

Сравнивая неравенство в сглаженном распределении оценки здоровья \mathbf{H} и гипотетическом распределении $\mathbf{H}_{B,c}$, где индивидуальные значения оценки здоровья заменены на усредненные для каждого типа стартовых обстоятельств, получаем оценку вклада неравенства возможностей в неравенство здоровья:

$$IO_B^{\text{ex ante}} = \frac{I(\mathbf{H}_{B,c})}{I(\mathbf{H})}. \quad (8)$$

Дополнительно было рассмотрено другое гипотетическое распределение $\mathbf{H}_{W,c}$, в котором искусственно удалена вся несправедливая часть неравенства и оставлено только неравенство внутри типов стартовых условий. Для этого внутри типов стартовых обстоятельства (g_1, g_2, \dots, g_5) индивидуальные значения здоровья были «подтянуты» до среднего по выборке: $(g_1 \times \frac{\mu_H}{\mu_{g_1}}, g_2 \times \frac{\mu_H}{\mu_{g_2}}, \dots, g_5 \times \frac{\mu_H}{\mu_{g_5}})$, где μ_H – среднее значение распределения \mathbf{H} , μ_{g_i} – средние значения по типам стартовых условий ($i=1, \dots, 5$). Вклад неравенства возможностей в неравенство здоровья оценивается как

$$IO_W^{ex\ ante} = 1 - \frac{I(H_{W,c})}{I(H)}. \quad (9)$$

Как и в случае оценки *ex post*, при использовании в качестве меры неравенства среднего логарифмического отклонения, обладающего свойством аддитивной декомпозиции, оба способа оценки как на основе распределения $H_{B,c}$, так и распределения $H_{W,c}$, приводят к одинаковым результатам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты количественного исследования включают оценку эконометрического уравнения здоровья и расчет вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье для населения России в 2018 г. и обсуждаются в двух подразделах ниже.

Детерминанты здоровья

Результаты эконометрического анализа зависимости здоровья индивида от его стартовых возможностей и приложенных усилий представлены в таблице 2. При оценивании использовали модель (1a-1d). Приведены результаты для населения в возрасте от 25 до 74 лет. В работе также были рассмотрены модели для четырех подгрупп (для мужчин, женщин, а также населения в возрасте 25-44 и 45-74 года). Результаты оценивания для подгрупп могут быть предоставлены по запросу.

Вероятность наличия у респондента высшего образования, которое в свою очередь связано с ответственным отношением к собственному здоровью, значимо выше для следующих категорий респондентов: женщин, более молодых, тех, кто родился в городе, и тех, чьи родители имели более высокий уровень образования.

Ключевыми факторами наличия у индивида статуса некурящего являются демографические характеристики, а именно пол (вероятность не курить существенно выше для женщин) и возраст (молодые курят реже). Характеристики стартовых обстоятельств также существенно сказываются на данном виде усилий по сохранению собственного здоровья. Чаще курят люди, родившиеся в другой стране и в городской местности, в то время как высокий уровень образования родителей, напротив, способствует меньшей распространенности курения среди респондентов.

Третьим видом усилий по сохранению собственного здоровья в рамках нашей модели являются занятия физкультурой. Регрессионный анализ зависимости вероятности заниматься физкультурой не выявил значимых гендерных различий. В то же время существует значимый эффект возраста: физкультурой чаще занимаются молодые. Среди характеристик стартовых усилий, увеличивающих вероятность занятий физкультурой, можно отметить факт рождения в городской местности и более высокий уровень образования родителей.

Далее в работе был проведен эконометрический анализ уравнения зависимости самооценки здоровья от демографических показателей, показателей стартовых

возможностей и показателей усилий, «очищенных» от влияния стартовых возможностей (1d).

Результаты исследования свидетельствуют, что стартовые возможности являются статистически значимыми факторами здоровья населения. В частности, существенное влияние на состояние здоровья человека оказывает его место рождения. Если человек родился не в России или в России, но в другом населенном пункте (не в том, в котором он проживает в настоящее время), то его самооценка здоровья ниже. Рожденные в городах также склонны к более низкой самооценке здоровья. Этот результат требует объяснений. Почему респонденты, родившиеся в городе, хуже оценивают свое здоровье, хотя качественные медицинские услуги для них скорее всего являются более доступными? Возможное объяснение состоит в том, что положительный эффект уровня образования родителей (более высокий для родившихся в городе) в модели учитывается отдельно. В частности, с учетом образования родителей факт рождения в городе повышает вероятность быть курильщиком, скорее всего в особенности для женщин, для которых курение еще недавно могло ассоциироваться с эмансипацией и независимостью. Кроме того, можно предположить, что жители городов склонны более критично оценивать свое здоровье. Образование родителей положительно связано со здоровьем их взрослых детей, но данный эффект не является статистически значимым. Наше исследование показывает, что образование родителей не имеет прямого эффекта на здоровье потомков, но играет важнейшую роль в формировании их образа жизни, определяя уровень усилий по поддержанию здоровья (образование, курение, занятия физкультурой).

Все 3 характеристики собственных усилий по сохранению здоровья (высшее образование, статус некурящего, занятия физкультурой) положительно влияют на самооценку здоровья. Также самооценка здоровья значимо связана с такими демографическими характеристиками, как пол (оценка ниже для женщин) и возраст (оценка ниже для старших возрастов).

Отдельно в таблице 2 представлены предельные эффекты для вероятности иметь хорошее или очень хорошее здоровье. Согласно полученным результатам вероятность иметь хорошее или очень хорошее здоровье на 5% ниже для родившихся не в России, на 4% ниже для родившихся в другом населенном пункте и на 7% ниже для родившихся в городской местности. Вероятность хорошего здоровья на 6% выше у людей с высшим образованием, на 7% – у некурящих и на 3% – у тех, кто занимается физкультурой. Для женщин вероятность иметь хорошее здоровье на 5% ниже по сравнению с мужчинами. Каждые дополнительные 10 лет жизни снижают вероятность иметь хорошее здоровье в среднем на 12%.

На основе проведенного эконометрического анализа можно сделать вывод о наличии неравенства возможностей в здоровье: было показано, что факторы стартовых возможностей оказывают статистически значимое влияние на здоровье индивидов, следовательно, в неравенстве в здоровье присутствует существенная компонента несправедливого неравенства.

Таблица 2. Оценки уравнений образования, курения, физических упражнений (бинарные логит-модели), оценки уравнения здоровья (упорядоченная логит-модель)

Факторы	Коэффициент				Предельный эффект для вероятности иметь очень хорошее или хорошее здоровье
	есть высшее образование	не курит	занимается физкультурой	самооценка здоровья	
Возраст	-0,080*** [0,016]	-0,135*** [0,017]	-0,082*** [0,016]	-0,063*** [0,014]	-0,012
Квадрат возраста/100	0,089*** [0,017]	0,165*** [0,018]	0,089*** [0,016]	-0,012 [0,014]	-0,002
Женщина	0,479*** [0,058]	1,636*** [0,058]	-0,003 [-0,057]	-0,281*** [0,050]	-0,052
Родился в другом населенном пункте России	0,097 [-0,064]	-0,148*** [0,064]	0,160*** [0,062]	-0,244*** [0,056]	-0,045
Родился не в России	-0,057 [-0,108]	-0,221*** [0,109]	-0,088 [-0,110]	-0,294*** [0,091]	-0,054
Родился в городской местности	0,441*** [0,064]	-0,332*** [0,064]	0,427*** [0,063]	-0,398*** [0,055]	-0,072
Образование родителей	0,285*** [0,011]	0,029*** [0,010]	0,106*** [0,010]	0,008 [0,008]	0,001
Остатки: уравнение образования		1,030*** [0,075]	0,733*** [0,063]	0,325*** [0,058]	0,061
Остатки: уравнение курения			0,467*** [0,071]	0,326*** [0,058]	0,060
Остатки: уравнение физкультуры				0,167*** [0,056]	0,031
Количество наблюдений	7612	7606	7568	7537	7568
Псевдо-R ²	0,139	0,145	0,056	0,117	

Примечание: ***, **, * — значимость на 1, 5 и 10%-ном уровне соответственно. В скобках указаны стандартные ошибки.

Источник: РМЭЗ-2018.

Вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье

По результатам проведенного регрессионного анализа были сконструированы непрерывные характеристики состояния здоровья h_{ij} , характеристики стартовых обстоятельств человека s_i , а также характеристики его собственных усилий e_j (см. уравнения (2)-(5) методики). Наличие этих трех переменных позволило применить непараметрический метод оценки неравенства возможностей в здоровье (см. уравнения (6)-(9) методики). Полученные оценки неравенства возможностей в здоровье $ex\ ante$ и $ex\ post$ для полной выборки (мужчины и женщины 25-74 лет) и четырех подвыборок в зависимости от пола и возраста представлены в таблице 3².

Вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье для населения России в возрасте 25-74 года в 2018 г. составил 72-74% (в зависимости от метода оценки). Были выявлены определенные гендерные и возрастные различия. Для женщин вклад

² В таблице 3 оценки вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье представлены в долях, однако при обсуждении результатов для простоты восприятия используются процентные показатели.

неравенства возможностей был несколько выше, чем для мужчин (62-74 и 60-69% соответственно). Для старшей части выборки (45 лет и более) вклад неравенства возможностей также оказался выше, чем для группы лиц в возрасте 25-44 года. Таким образом, мы можем предположить, что различия в здоровье, заложенные в детстве, со временем усугубляются.

Таблица 3. Оценки вклада неравенства возможностей в здоровье населения, подходы ex ante и ex post

	Мужчины и женщины, 25-74 лет	Мужчины, 25-74 лет	Женщины, 25-74 лет	Мужчины и женщины, 25-44 лет	Мужчины и женщины, 45-74 лет
<i>Ex ante-подход</i>					
Вклад неравенства возможностей	0,744 [0,007]	0,597 [0,013]	0,618 [0,013]	0,592 [0,012]	0,666 [0,015]
<i>Ex post-подход</i>					
Вклад неравенства возможностей	0,720 [0,010]	0,693 [0,012]	0,744 [0,013]	0,619 [0,011]	0,747 [0,013]
Количество наблюдений	7568	3190	4378	4455	3113

Примечание: В скобках указаны стандартные ошибки, полученные методом бутстрапа.

Источник: РМЭЗ-2018.

У нашего исследования имеется ряд ограничений. Мы рассматриваем единственный показатель здоровья – его самооценку. Другим очевидным ограничением является невключение в число характеристик индивидуальных усилий по сохранению здоровья характера потребления алкоголя, что связано с недостаточной надежностью опросных данных в части потребления алкоголя респондентами. В дальнейшем авторы планируют продолжить исследование неравенства возможностей в здоровье населения, расширяя перечень оцениваемых показателей здоровья (индекс массы тела, наличие хронических заболеваний и др.) и индивидуальных усилий по его сохранению, а также методов оценки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Российские исследователи давно отмечают присутствие заметного неравенства в здоровье населения страны (Римашевская 2010; Кислицына 2015). Это неравенство в значительной мере определяется социально-экономическими характеристиками людей: более богатые и образованные при прочих равных реже болеют, лучше себя чувствуют и дольше живут, чем люди с меньшими доходами и более низким уровнем образования. В связи с этим возникает вопрос: в какой степени существующее неравенство в здоровье определяется справедливыми факторами, в том числе образом жизни и ответственным отношением к собственному здоровью, а в какой – причинами, на которые человек никак не может повлиять, например местом рождения, полом, характеристиками родительской семьи?

Авторы данной работы попытались ответить на этот вопрос, проведя эмпирическую оценку вклада неравенства возможностей в неравенство в здоровье взрослого населения России. Исследование базируется на национально репрезентативных микроданных и использует современный эконометрический аппарат. По нашим расчетам в 2018 г. в России

вклад неравенства возможностей в неравенство в здоровье для взрослого населения превышал 70%. Таким образом, существующее неравенство в здоровье российского населения во многом является несправедливым – почти три четверти его объясняется характеристиками, на которые человек не в состоянии повлиять. В этом смысле Россия не является исключением: неравенство возможностей и в других странах вносит существенный вклад в неравенство в здоровье (Франция – 46%, 13 европейских стран – 40-83%, Чили – 42-51%, Колумбия – 69%, Израиль – 90%)³.

Забота о здоровье населения – одно из приоритетных направлений государственной политики в РФ. Обеспечение доступности и качества услуг здравоохранения для взрослого населения, наряду с политикой формирования здорового образа жизни взрослого населения, без сомнения являются важнейшими мерами политики в области здоровьесбережения населения и снижения неравенства в здоровье. Однако в том случае, если неравенство стартовых возможностей объясняет существенную часть неравенства в здоровье, то эффективность мер, целевой группой которых является взрослое население, может быть ограничена. В литературе показано, что здоровье и образ жизни, заложенные в детстве, с трудом поддаются коррекции во взрослых возрастах (Case, Fertig, Paxson 2005; Heckman, Pinto, Savelyev 2013; Campbell et al. 2014). Таким образом, для снижения неравенства в здоровье в России необходимо также применение специализированных комплексных мер, направленных на компенсацию неравенства стартовых возможностей в детстве, на обеспечение благоприятной среды для развития детей, на формирование здоровья и здоровых привычек в детском возрасте.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают свою искреннюю признательность А.А. Пересецкому за чрезвычайно полезные замечания и комментарии, а также двум анонимным рецензентам за внимательное знакомство с текстом и критический взгляд на полученные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

- Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. (2020). Продвижение здоровья в контексте поведенческой экономики: гендерный аспект. *Народонаселение*, 23(2), 112-124.
DOI: <https://doi.org/10.19181/population.2020.23.2.10>
- Карцева М., Кузнецова П. (2020). Справедливое и несправедливое неравенство в России: оценка вклада неравенства возможностей в неравенство доходов. *Прикладная эконометрика*, 58(2), 5-31. DOI: <https://doi.org/10.22394/1993-7601-2020-58-5-31>
- Кислицына О.А. (2015). Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений. *Журнал исследований социальной политики*, 13(2), 289-302.

³ Приведены оценки, полученные в наиболее методологически близких к нашему исследованию работах.

- Пол П., Валтонен Х., Ковтун Н.В. (2019). Социально-экономическое неравенство населения в области здоровья в постсоветской России. *Народонаселение*, 22(1), 61-78. DOI: <https://doi.org/10.24411/1561-7785-2019-00005>
- Римашевская Н.М. (2010). Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*, 12(4), 48-61. URL: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:scn:025661:14426032>
- Рощина Я.М. (2017). Дети и подростки в России в 1994-2015 гг.: здоровье, образование и характеристики семьи. В П.М. Козырева (Ред.), *Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE)*. Выпуск 7 (с. 96-116). Москва: НИУ ВШЭ.
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2012). Социальная стратификация здоровья в России: тенденции в 1990-е и 2000-е гг. *Социологический журнал*, 1, 28-46.
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2019). Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте. *Вестник Института социологии*, 10(1), 127-147. DOI: <https://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>
- Ходоренко Д.К. (2019). Статусные неравенства в здоровье: значение социального положения родительской семьи. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 22(3), 57-79. DOI: <https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.3.3>
- Шабунова А.А., Шухатович В.Р., Корчагина П.С. (2013). Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*, 3(27), 123-132.
- Arneson R. (1989). Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 56 (1), 77-93. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00646210>
- Barry B. (2005). *Why Social Justice Matters*. Cambridge, MA: Polity Press.
- Bricard D., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2013). Inequality of Opportunities in Health and the Principle of Natural Reward: Evidence from European Countries. *Research on Economic Inequality*, 21, 335-370. DOI: [https://doi.org/10.1108/S1049-2585\(2013\)0000021016](https://doi.org/10.1108/S1049-2585(2013)0000021016)
- Campbell F., Conti G., Heckman J., Moon S., Pinto R., Pungello E., Pan Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, 343(6178), 1478-1485. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1248429>
- Carranza R., Hojman D. (2015). *Inequality of Opportunity in Health and Cognitive Abilities: The Case of Chile*. Working Papers wp410, University of Chile, Department of Economics. DOI: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2507.3361>
- Case A., Fertig A., Paxson C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of health economics*, 24(2), 365-389. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.008>
- Cecchi D., Peragine V. (2010). Inequality of opportunity in Italy. *Journal of Economic Inequality*, 8, 429-450. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10888-009-9118-3>
- Cohen G.A. (1989). On the currency of egalitarian justice. *Ethics*, 99 (4), 906-944. DOI: <https://doi.org/10.1086/293126>

- Davillas A., Jones A.M. (2020). Ex ante inequality of opportunity in health, decomposition and distributional analysis of biomarkers. *Journal of health economics*, 69, 102251. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102251>
- Deutsch J., Pi Alperin M.N., Silber J. (2018). Using the Shapley Decomposition to Disentangle the Impact of Circumstances and Efforts on Health Inequality. *Social Indicators Research*, 138, 523-543. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1690-5>
- Donni P.L., Peragine V., Pignataro G. (2014). Ex-ante and ex-post measurement of equality of opportunity in health: a normative decomposition. *Journal of health economics*, 23, 182-198. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.2908>
- Dworkin R. (1981). What is equality? Part 2: Equality of resources. *Philosophy and Public Affairs*, 10 (4), 283-345.
- Fajardo-Gonzalez J. (2016). Inequality of opportunity in adult health in Colombia. *Journal of Economic Inequality*, 14, 395-416. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10888-016-9338-2>
- Ferreira F., Peragine V. (2015). *Equality of opportunity: Theory and evidence*. Policy research working papers. World Bank Group. DOI: <https://doi.org/10.1596/1813-9450-7217>
- Fleurbaey M. (2008). *Fairness, Responsibility, and Welfare*. Oxford: Oxford University Press.
- Fleurbaey M, Schokkaert E. (2009). Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*, 28(1), 73-90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.07.016>
- Gourieroux C, Monfort A, Renault E, Trognon A. (1987). Generalised residuals. *Journal of Econometrics*, 34(1-2), 5-32. DOI: [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(87\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0304-4076(87)90065-0)
- Heckman J., Pinto R., Savelyev P. (2013). Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. *American Economic Review*, 103(6), 2052-2086. DOI: <https://doi.org/10.1257/aer.103.6.2052>
- Idler E.L., Kasl S.V. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 50(6), 344-353. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/50b.6.s344>
- Idler E., Benyamini Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. DOI: <https://doi.org/10.2307/2955359>
- Jusot F., Mage-Bertomeu S., Menéndez M. (2017). *Inequality of Opportunity in Health in Indonesia*. Working Papers, HAL. Retrieved from <https://EconPapers.repec.org/RePEc:hal:wpaper:hal-01507738>
- Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2013). Circumstances and Effort: How important is their correlation for the measurement of inequality of opportunity in health? *Health economics*, 22(12), 1470-1495. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.2896>
- Lazar A. (2013). Ex-ante and ex-post measurement of inequality of opportunity in health: Evidence from Israel. In P. Rosa Dias, O. O'Donnell (Eds.), *Health and inequality, Vol. 2: Research on economic inequality* (pp. 371-395). Bingley, UK: Emerald.
- Rawls J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rivera F. (2017). Health opportunities in Colombia. *Lecturas de Economía*, 87, 125-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.le.n87a05>
- Roemer J. (1998). *Equality of opportunity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Rosa Dias P. (2009). Inequality of opportunity in health: evidence from a UK cohort study. *Journal of health economics*, 18, 1057-1074. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1535>
- Sen A. (1985). *Capabilities and commodities*. Amsterdam, New York: North-Holland.
- Trannoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux M. (2010). Inequality of opportunities in health in France: A first pass. *Journal of Health Economics*, 19(8), 921-938.
DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1528>
- World Bank (2005). *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, DC. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5988>
- World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. WHO Press, Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Wu S., Wang R., Zhao Y., Ma X., Wu M., Yan X., He J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC public health*, 13(1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>

ARE WE RESPONSIBLE FOR OUR HEALTH? INEQUALITY OF OPPORTUNITIES IN THE HEALTH OF THE ADULT POPULATION OF RUSSIA

MARINA KARTSEVA, POLINA KUZNETSOVA

In our work we estimate the contribution of inequality of opportunity to inequality in the health of the Russian population aged 25 to 74 years. The empirical basis of the study is the nationally representative data of the RLMS for 2018.

Individual health is measured using a self-reported status on a five-point scale. An individual's starting conditions are characterized by parental education and place of birth (country, type of settlement). Personal efforts to maintain health include the level of education, smoking status and physical activity.

To understand how starting opportunities affect an individual's health, we use the methodology proposed in (Trannoy et al., 2010), which takes into account both direct and indirect (through the influence on efforts) effects. Regression analysis shows that, all other things being equal, the starting opportunities of individuals have a significant impact on their health. In particular, parental education has a positive effect on self-reported health. Birth in another country, in another settlement and in an urban area, on the contrary, reduce self-reported health. This allows to conclude that there exists an unfair inequality in health, namely inequality caused by factors that are independent of a person's own efforts.

We estimate the contribution of inequality of opportunity to inequality in health using a nonparametric approach (Checchi, Peragine, 2010; Lazar, 2013). According to the obtained results, the contribution of inequality of opportunity is 72-74% for the population as a whole, being slightly higher for women (62-74% and

60-69% for men and women, respectively) and for older ages (59- 62% and 67-75% for groups 25-44 years old and 45-74 years old, respectively). The obtained estimates are comparable with the results for other countries and indicate the importance of the problem of inequality of opportunities in health in Russia.

Key words: *inequality of opportunity, inequality in health, self-reported health, efforts, health-related lifestyle, Russia, RLMS.*

MARINA KARTSEVA (kartseva-ma@ranepa.ru), RUSSIAN PRESIDENTIAL ACADEMY OF NATIONAL ECONOMY AND PUBLIC ADMINISTRATION, RUSSIA.

POLINA KUZNETSOVA (kuznetsova-po@ranepa.ru), RUSSIAN PRESIDENTIAL ACADEMY OF NATIONAL ECONOMY AND PUBLIC ADMINISTRATION, RUSSIA.

THE ARTICLE WAS PREPARED AS PART OF THE RESEARCH WORK OF THE STATE ASSIGNMENT OF THE RANEPA.

DATE RECEIVED : MARCH 2021.

REFERENCES

Arneson R. (1989). Equality and equal opportunity for welfare. *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, 56 (1), 77-93.

DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00646210>

Barry B. (2005). *Why Social Justice Matters*. Cambridge, MA: Polity Press.

- Bricard D., Jusot F., Trannoy A., Tubeuf S. (2013). Inequality of Opportunities in Health and the Principle of Natural Reward: Evidence from European Countries. *Research on Economic Inequality*, 21, 335-370. DOI: [https://doi.org/10.1108/S1049-2585\(2013\)0000021016](https://doi.org/10.1108/S1049-2585(2013)0000021016)
- Campbell F., Conti G., Heckman J., Moon S., Pinto R., Pungello E., Pan Y. (2014) Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, 343(6178), 1478-1485. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.1248429>
- Carranza R., Hojman D. (2015). *Inequality of Opportunity in Health and Cognitive Abilities: The Case of Chile*. Working Papers wp410, University of Chile, Department of Economics. DOI: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2507.3361>
- Case A., Fertig A., Paxson C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of health economics*, 24(2), 365–389. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.008>
- Checchi D., Peragine V. (2010). Inequality of opportunity in Italy. *Journal of Economic Inequality*, 8, 429–450. <https://doi.org/10.1007/s10888-009-9118-3>
- Cohen G. A. (1989). On the currency of egalitarian justice. *Ethics*, 99 (4), 906-944. DOI: <https://doi.org/10.1086/293126>
- Davillas A., Jones A. M. (2020). Ex ante inequality of opportunity in health, decomposition and distributional analysis of biomarkers. *Journal of health economics*, 69, 102251. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102251>
- Deutsch J., Pi Alperin M.N., Silber J. (2018). Using the Shapley Decomposition to Disentangle the Impact of Circumstances and Efforts on Health Inequality. *Social Indicators Research*, 138, 523-543. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1690-5>
- Donni P.L., Peragine V., Pignataro G. (2014). Ex-ante and ex-post measurement of equality of opportunity in health: a normative decomposition. *Journal of health economics*, 23, 182-198. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.2908>
- Dworkin R. (1981). What is equality? Part 2: Equality of resources. *Philosophy and Public Affairs*, 10 (4), 283-345.
- Fajardo-Gonzalez J. (2016). Inequality of opportunity in adult health in Colombia. *Journal of Economic Inequality*, 14, 395-416. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10888-016-9338-2>
- Ferreira F., Peragine V. (2015). *Equality of opportunity: Theory and evidence*. Policy research working papers. World Bank Group. DOI: <https://doi.org/10.1596/1813-9450-7217>
- Fleurbaey, M. (2008). *Fairness, Responsibility, and Welfare*. Oxford: Oxford University Press.
- Fleurbaey M, Schokkaert E. (2009). Unfair inequalities in health and health care. *Journal of Health Economics*, 28(1), 73-90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.07.016>
- Gourieroux C, Monfort A, Renault E, Trognon A. (1987). Generalised residuals. *Journal of Econometrics*, 34(1–2), 5-32. DOI: [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(87\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0304-4076(87)90065-0)
- Grigorieva N.S., Chubarova T.V. (2020). Health promotion in the context of behavioral economics: gender aspects. *Narodonaselenie [Population]*, 23(2), 112-124. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.19181/population.2020.23.2.10>
- Heckman J., Pinto R., Savelyev P. (2013). Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. *American Economic Review*, 103(6), 2052-2086. DOI: <https://doi.org/10.1257/aer.103.6.2052>

- Idler E.L., Kasl S.V. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 50(6), 344-353. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/50b.6.s344>
- Idler E., Benyamini Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. DOI: <https://doi.org/10.2307/2955359>
- Jusot F., Mage-Bertomeu S., Menéndez M. (2017). *Inequality of Opportunity in Health in Indonesia*. Working Papers, HAL. Retrieved from <https://EconPapers.repec.org/RePEc:hal:wpaper:hal-01507738>
- Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A. (2013). Circumstances and Effort: How important is their correlation for the measurement of inequality of opportunity in health? *Health economics*, 22(12), 1470-1495. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.2896>
- Kartseva M., Kuznetsova P. (2020). Is income inequality fair in Russia? inequality of opportunity and income inequality. *Applied Econometrics*, 58(2), 5-31. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.22394/1993-7601-2020-58-5-31>
- Khodorenko D. (2019). Status Inequalities in Health: The Effect of Parental Social Position. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 22(3), 57–79. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.3.3>
- Kislitsyna O. (2015). The influence of socio-economic factors on health: the role of absolute or relative deprivation. *The Journal of Social Policy Studies*, 13(2), 289-302. (In Russ.).
- Lazar A. (2013). Ex-ante and ex-post measurement of inequality of opportunity in health: Evidence from Israel. In P. Rosa Dias, O. O'Donnell (Eds.), *Health and inequality, Vol. 2: Research on economic inequality* (pp. 371-395). Bingley, UK: Emerald.
- Paul P., Valtonen H, Kovtun N. (2019). Socioeconomic inequalities in health in the post-Soviet Russia. *Narodonaselenie* [Population], 22(1), 61-78. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.24411/1561-7785-2019-00005>
- Rawls J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Rimashevskaya N.M. (2010). Social policy of nation preservation: drastic change of negative health trend of the Russian population. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. 12(4), 48-61. URL: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:scn:025661:14426032> (In Russ.)
- Rivera F. (2017). Health opportunities in Colombia. *Lecturas de Economía*, 87, 125-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.le.n87a05>
- Roemer J. (1998). *Equality of opportunity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rosa Dias P. (2009). Inequality of opportunity in health: evidence from a UK cohort study. *Journal of health economics*, 18, 1057-1074. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1535>
- Roshchina Ya.M. (2017). Children and teenagers in Russia from 1994 to 2015: health, education and family background. In P. M. Kozyreva (Ed.): *Vestnik RLMS-HSE. Issue 7* (pp. 96-116). Moscow: NIU VSh·E. (In Russ.).
- Rusinova N.L., Safronov V.V. (2012). Trends in the social stratification of health in Russia: 1990s and 2000s. *Sociological Journal*, 1, 28-46. (In Russ.).
- Rusinova N.L., Safronov V.V. (2019). The issue of social inequality in terms of health: a comparative study of Russia within the European context. *Bulletin of the Institute of Sociology*, 10(1), 127-147. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>

- Sen A. (1985). *Capabilities and commodities*. Amsterdam, New York: North-Holland.
- Shabunova A.A., Shukhatovich V.R., Korchagina P.S. (2013). Zdorov'esberegayushchaya aktivnost' kak faktor zdorov'ya: gendernyj aspect. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 3(27), 123-132. (In Russ.).
- Tranoy A., Tubeuf S., Jusot F., Devaux, M. (2010). Inequality of opportunities in health in France: A first pass. *Journal of Health Economics*, 19(8), 921-938. DOI: <https://doi.org/10.1002/hec.1528>
- World Bank (2005). *World Development Report 2006: Equity and Development*. Washington, DC. Retrieved from <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5988>
- World Health Organization (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. WHO Press, Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Wu S., Wang R., Zhao Y., Ma X., Wu M., Yan X., He J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC public health*, 13(1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ И ВОЗРАСТ ВСТУПЛЕНИЯ В ПЕРВЫЙ БРАК У НАРОДОВ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА

КОНСТАНТИН КАЗЕНИН, ЕВГЕНИЙ СОРОКО

Цель статьи – исследование изменений возрастных характеристик брачности у народов ряда регионов Северного Кавказа во второй половине XX – начале XXI века. Эта динамика исследуется в аспекте межэтнических различий. Делается попытка оценить уровень межэтнических различий на разных этапах модернизационных изменений, которые происходили в местных социумах Северного Кавказа в 1960-2000-е годы и были связаны в первую очередь с массовой миграцией коренных народов в города. Для этого на основе микропереписи 1994 г. для женских и мужских когорт 1939-48, 1949-58 и 1959-68 годов рождения 11 северокавказских народов сопоставляются доли вступивших в первый брак к разным возрастам. Отмечается, что к возрастам, достигнутым двумя или тремя из этих когорт на момент микропереписи, в разных когортах наблюдались в целом единообразные межэтнические контрасты по этому параметру. Далее для тех же народов рассматриваются доли вступивших в брак в разных возрастных группах по Всероссийской переписи населения 2010 г. Межэтнические различия, зафиксированные для разных возрастных групп на момент переписи, в основном совпадают с различиями, отраженными микропереписью для указанных когорт. При этом сопоставление расчетных возрастов вступления в брак (SMAM) для разных народов на момент микропереписи 1994 г. и переписи 2010 г. показывает, что по крайней мере между этими опросами у большинства этносов происходил сдвиг вступления женщин и мужчин в первый брак к более старшим возрастам. Делается вывод, что из двух процессов, стандартно рассматриваемых как элементы демографической модернизации (увеличение возраста вступления в первый брак и уменьшение межэтнических различий по этому возрасту), на Северном Кавказе в изучаемый период активно шел только первый. С учетом данных полевых исследований предлагаются объяснения обнаруженной стабильности межэтнических различий по возрасту вступления в брак.

Ключевые слова: *возраст вступления в брак, когортный анализ, Северный Кавказ, модернизация, межэтнические различия.*

ВВЕДЕНИЕ

Цель статьи – исследование динамики возрастных характеристик брачности у народов Северного Кавказа во второй половине XX – начале XXI века. Ключевой вопрос, который будет интересовать нас при рассмотрении этой динамики, касается межэтнических различий. Сопоставляя данные источников официальной статистики, мы покажем, что в первые постсоветские десятилетия у коренных народов Северного Кавказа в целом сохранялись те же межэтнические различия по возрасту вступления в первый брак, которые наблюдались между представителями тех же этносов, родившимися в середине XX века.

Константин Игоревич Казенин (kz@ranepa.ru), Российская Академия народного хозяйства и Государственной Службы при Президенте Российской Федерации, Россия.

Евгений Львович Сороко (esoroko@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Статья отражает результаты исследований, проведенных К.И. Казениным в рамках НИР государственного задания РАНХиГС и Е.Л. Сороко в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

Статья поступила в редакцию в феврале 2021 г.

Обращение к вопросу о стабильности межэтнических различий по возрасту брачности на Северном Кавказе оправдано по нескольким причинам.

Северный Кавказ последних десятилетий – яркий пример многонационального региона, в котором интенсивно идут процессы социальной модернизации. Они связаны прежде всего с миграцией сельского населения в города, активная фаза которой пришлась в северокавказских республиках на разные периоды, но во всех имела место позже, чем в Центральной России: например, в западной части Северного Кавказа – Кабардино-Балкарии (КБР) и Карачаево-Черкесии (КЧР) – в 1950-1960-е годы (Белозеров 2005), а в Дагестане – в конце советского периода и в 1990-е годы (Карпов, Капустина 2011). Модернизационные процессы, связанные с урбанизацией и распадом традиционного уклада сельских сообществ, отразились в том числе и на семейных практиках: например, общей тенденцией в постсоветское время на Северном Кавказе стало ослабление традиционных гендерных асимметрий в организации семьи (Стародубровская 2019). Также в 1960-1990-е годы в республиках Северного Кавказа имели место стандартные для периода урбанизации демографические изменения, прежде всего – снижение рождаемости. Оно стартовало по регионам не синхронно, но к 2000 г. привело рождаемость к уровню простого воспроизводства или даже более низкому уровню во всех регионах Северо-Кавказского федерального округа, кроме Чечни и Ингушетии (Казенин, Козлов 2016). Снижение рождаемости в контексте массового переселения в города соответствовало «классической» картине первого демографического перехода, существенного этапа демографической модернизации.

Одно из стандартных ожиданий, касающихся демографической модернизации, состоит в том, что в ее ходе ослабевают межэтнические различия по характеристикам брачности и рождаемости. Такое ожидание вполне соответствует представлениям о модернизирующемся обществе как о «плавильном котле», в котором представители разных народов оказываются перед лицом одних и тех же социальных перемен и под их действием отходят от устоявшихся норм демографического поведения, унаследованных от предков. Ряд эмпирических исследований подтверждает, что межэтническая «конвергенция» выражена более ярко именно тогда, когда из-за миграции в города или других процессов снижаются культурные различия между народами. Например, в (Yavuz 2004) продемонстрировано, что в Турции конца XX века наиболее значимые различия по рождаемости сохранялись между турками и той частью курдского (по самоидентификации) населения, которая сохраняла родной язык в домашнем общении; курды, перешедшие на турецкий язык, отличались по уровню рождаемости от турок в меньшей степени. Ослабление различий между коренным населением развитых стран мира и иностранными мигрантами в этих странах по характеристикам брачности и рождаемости, обычно особенно заметное для мигрантов второго поколения, также часто объясняется ослаблением культурных барьеров в условиях этнического смешения (Crul, Schneider, Lelie (eds.) 2012). Вместе с тем было бы недопустимым упрощением утверждать, что межэтническая «конвергенция» по брачности и рождаемости неизбежно имеет место в результате социальной модернизации. Межэтнические различия могут быть весьма устойчивыми в том числе и в странах, в которых первый демографический переход и соответствующие ему социальные изменения давно завершились. Например, хорошо известно, что в США весьма

стабильными остаются различия по рождаемости между белым населением европейского происхождения и населением мексиканского происхождения (Parrado 2011).

На таком фоне Северный Кавказ представляет интерес прежде всего благодаря своей полиэтничности. Вопрос, сохраняются ли различия между разными народами по демографическому поведению в условиях социальной модернизации, применительно к этой части России можно рассматривать, сопоставляя демографические траектории большого числа этносов, в достаточно узких временных рамках оказавшихся перед лицом примерно одинаковых социальных изменений. Анализ данных большого числа этносов дает возможность увидеть разные варианты динамики межэтнических различий в условиях социальных изменений.

Имеется и другая причина, по которой народы Северного Кавказа представляют особый интерес для исследований по данной тематике. В исследованиях «традиционных» обществ, под которыми обычно понимаются общества с жесткими различиями гендерных ролей и значительной степенью зависимости младшего поколения от старшего, стандартным ожиданием является молодой возраст наступления демографических событий, связанных с переходом во взрослую жизнь, особенно вступления женщин в брак и рождения первого ребенка (см. (Mason 1987; Lerch 2013) о связи различных аспектов семейного «традиционализма» или «патриархальности» с характеристиками рождаемости). Однако в некоторых республиках Северного Кавказа данные полевых исследований свидетельствуют, что элементом традиционного семейного уклада может быть, наоборот, поздний (близкий к 25 годам) возраст вступления женщин в брак. Так, на основе опроса, проведенного в Карачаево-Черкесии в 2018 г. (Казенин 2019а), было показано, что на современном этапе у народа этой республики, отличающегося большей сохранностью традиционных семейных норм в сфере гендерных и межпоколенческих отношений (карачаевцев), наблюдается значимо более высокий возраст вступления женщин в брак по сравнению с другими народами региона. Полевые исследования, проведенные в Дагестане, при этом указывают на наличие по крайней мере у некоторых его народов стандартно ожидаемой связи семейного «традиционализма» с ранней брачностью и рождаемостью (Казенин, Козлов 2017). Такие полевые результаты позволяют предположить наличие на Северном Кавказе существенных межэтнических различий по брачно-репродуктивным траекториям до начала масштабной социальной модернизации. Если это предположение подтверждается на более широком материале, то интерес представляет судьба таких различий в процессе модернизационных изменений.

В настоящей статье предметом рассмотрения оказываются только возрастные характеристики брачности. Такой выбор обусловлен тем, что брачность в общем случае – одна из наиболее жестко регламентированных сторон демографического поведения в обществах традиционного уклада, что не является исключением и для Северного Кавказа (Карпов 2001). При этом мы рассматриваем возрастные характеристики брачности как для женщин, так и для мужчин. Отметим, что в исследованиях обществ традиционного уклада и происходящих в них модернизационных процессов брачность мужчин в целом рассматривается реже, чем женщин. Однако одним из демографических проявлений жестких гендерных иерархий признается большой возрастной разрыв между мужем и

женой (Gruber, Szoltysek 2012), вследствие чего параллельное исследование возраста вступления в первый брак женщин и мужчин представляет интерес.

В нашей работе мы сначала рассматриваем данные о возрасте вступления в первый брак женщин и мужчин когорт 1939-48, 1949-58, 1959-68 годов рождения (г.р.) у 11 этносов Северного Кавказа по данным микропереписи населения России 1994 г. (МП-94)¹. Обнаруживается, что в этих десятилетних когортах как у женщин, так и у мужчин наблюдались заметные межэтнические различия по возрастному распределению первых браков, причем в возрастах, которых на момент микропереписи достигли 2 или 3 из указанных когорт, в разных когортах в основном повторялись одни и те же межэтнические различия. Также мы показываем, что в распределении респондентов 15-49 лет по брачному статусу на момент Всероссийской переписи населения 2010 г. (ВПН-2010) имеются межэтнические различия в основном такого же характера. Далее, сопоставляя расчетные возраста вступления в брак (SMAM) для различных этносов в выборке МП-94 (для всей выборки, а не отдельных когорт) и ВПН-2010, мы показываем, что между этими двумя опросами у большинства исследуемых этносов имел место сдвиг первых браков к более старшим возрастам как у женщин, так и у мужчин. Иными словами, из двух процессов, ожидаемых в контексте демографической модернизации («постарение» брачности и стирание межэтнических различий по ее возрастным характеристиками), в 1990-2000-е годы в рассматриваемых регионах первый был гораздо заметнее, чем второй. В заключительной части статьи обсуждаются возможные причины стабильности некоторых выявленных межэтнических различий, а также демонстрируется, какой интерес могут представлять полученные результаты для теории демографической модернизации.

ДАННЫЕ И МЕТОД

Прежде, чем ставить вопрос о сохранности межэтнических различий по матримониальному поведению в период постсоветских трансформаций, нам, очевидно, необходимо продемонстрировать, что такие различия существовали и были достаточно стабильными на определенном историческом этапе. МП-94 дает такую возможность. Одна из отличительных особенностей этого обследования, охватившего 5% населения страны, состоит в том, что респондентам задавали вопросы о годе и месяце наступления различных демографических событий, включая вступление в первый брак. Ни Всесоюзные, ни Всероссийские переписи населения, ни российская микроперепись 2015 г. не включали такого вопроса о первом браке, т. е. МП-94 была для нас в этом отношении уникальным источником².

¹ См. о ней (Пьянкова, Щербакова, Васин 2018).

² Источником, позволяющим расширить хронологические рамки исследования, могла бы послужить микроперепись населения СССР 1985 г. (см. о ней также (Пьянкова, Щербакова, Васин 2018)), в анкету которой также был включен вопрос о возрасте вступления в брак и по данным которой были построены таблицы брачности для многих народов СССР (Дарский, Ильина 2000); о составе вопросов о брачном состоянии респондента в советских и российских переписях и микропереписях см. также (Захаров 2018: 99-106). К сожалению, микроданные этого масштабного опроса не доступны для исследователей.

По данным МП-94 мы исследовали характеристики первой брачности для мужских и женских реальных когорт разных северокавказских народов следующих годов рождения: 1939-48, 1949-58, 1959-68. Объединение респондентов МП-94 в столь крупные (десятилетние) когорты по годам рождения было обусловлено соображениями статистической надежности, поскольку использование, например, пятилетних когорт по отдельным этносам давало бы слишком малые подвыборки респондентов. Сам же выбор когортной (а не периодной) «оптики» для анализа данных МП-94 представлялся предпочтительным, поскольку разные когорты, рожденные в советское время, очевидно отличались своим историческим опытом. Применительно к Северному Кавказу эти различия были связаны не только с событиями мирового и странового масштаба, но и, например, со сталинскими депортациями. У этносов, ставших жертвами этого преступления, когорты 1939-48 и 1949-58 г.р. в детстве самым непосредственным образом испытали на себе его последствия, тогда как представители наиболее молодой из трех наших когорт родились, когда возвращение из ссылки было в основном завершено. На таком фоне наличие регулярных межэтнических различий по брачности, повторяемых из когорты в когорту, может рассматриваться как достаточно сильное подтверждение устойчивых контрастов по матримониальному поведению, производных не от меняющегося социального контекста, а скорее от традиций и культурных норм этносов. Разумеется, для того, чтобы более определенно судить о наличии таких контрастов, имело бы смысл рассмотреть и брачность более ранних когорт. Однако численность респондентов когорт, родившихся в 1920-1930-е годы и ранее, в выборке МП-94 года заметно меньше, чем когорт, выбранных нами для исследования. Кроме того, с учетом времени проведения опроса при анализе данных более старших когорт вставала бы непростая проблема селективности респондентов по дожитию.

Для респондентов разных когорт в МП-94 вычислялась накопленная брачность к разным возрастам (отдельно для женщин и мужчин) как отношение респондентов, вступивших в первый брак до определенного возраста, ко всем респондентам когорты. Этот показатель определялся только для тех возрастов, которые на момент опроса были достигнуты всеми представителями соответствующей когорты. Выбор «границ» когорт по годам рождения позволяет оценить таким образом накопленную брачность у всех когорт к возрастам до 25 лет, для когорт 1939-48 и 1949-58 годов рождения – до 35 лет, у когорты 1939-48 годов рождения – до 45 лет (из-за крайней нераспространенности первых браков в возрасте 40+ на Северном Кавказе, для этой когорты приводятся данные для возрастов до 40 лет). В силу того, что МП-94 была выборочным опросом и на полиэтничном Северном Кавказе представленность в выборке разных народов была различной, в целом завися от их доли в общем населении региона, коэффициенты накопленной брачности вычислялись с доверительными интервалами на 95%-ном уровне значимости. При обсуждении результатов во внимание принимались в первую очередь межэтнические различия, подтвержденные отсутствием «пересечения» доверительных интервалов.

Как уже было отмечено, проведенные после 1994 г. всеобщие переписи 2002, 2010 гг. и микроперепись 2015 г. не позволяли произвести по их данным аналогичный когортный анализ брачности. По существу, вся информация о возрасте вступления в брак, доступная на основе этих источников, состоит в распределении респондентов разных

возрастов по брачному статусу на момент опроса, при этом остается неизвестным, в каком возрасте опрашиваемый перешел в свой текущий брачный статус (например, вступил в первый брак). Несмотря на это, переписи 2002 и 2010 г. и микроперепись 2015 г. остаются единственными источниками данных об этнических особенностях брачности в период после проведения МП-94 (как известно, текущая статистика Росстата не отражает этническую принадлежность вступающих в брак). Что касается выборочных опросов населения, то опросы, проведенные на Северном Кавказе, в основном далеки от пропорционального и достаточно «представительного» присутствия в их выборках всех этносов этого региона (особенно остра эта проблема в Дагестане). В качестве источника по «постсоветской» брачности мы использовали ВПН-2010. Отказ от использования микропереписи 2015 г., несмотря на то, что ее результаты отразили более длительный период после распада СССР, был связан с отмечаемыми в ряде исследований проблемами с составом ее выборки (Пьянкова, Щербакова, Васин 2018).

При сопоставлении двух источников мы исходили из того, что если межэтнические различия, засвидетельствованные у когорт 1939-1968 г.р. по МП-94, сохранились у более молодых когорт, находившихся в репродуктивном возрасте на момент ВПН-2010, то в распределении респондентов ВПН-2010 по брачному статусу будут наблюдаться контрасты, сходные с теми, которые обнаруживаются для указанных когорт. Например, если у этих когорт между какими-то этносами обнаружено значимое различие по доле вступивших в первый брак к 20 годам, то в случае сохранности этого различия в 1990-2000-е годы между этими же этносами ожидается аналогичный контраст по доле вступивших в первый брак среди 20-летних (см. ниже о некоторых методологических проблемах такого сопоставления)³.

Номенклатура этносов в ВПН-2010 несколько отличается от МП-94; в случае Северного Кавказа различия связаны с тем, что некоторые «субэтносы», в советское время в директивном порядке причислявшиеся к крупным народам региона, начиная с переписи 2002 г. получили возможность регистрироваться по самоназваниям. В целях сопоставления с МП-94 при анализе данных ВПН-2010 респонденты, идентифицировавшие себя как представители таких «субэтносов», были присоединены к респондентам тех народов, к которым эти «субэтносы» ранее официально причислялись⁴.

³ В общем случае процесс изменения во времени каких-либо демографических характеристик, как хорошо известно, следует отслеживать либо для серии реальных когорт, либо для серии условных когорт (периодных «срезов» для календарных лет). В свете этого требования предложенное нами сопоставление не вполне корректно. Однако, как представляется, оно допускало интерпретацию в свете задач нашего исследования: если мы предполагаем стабильность межэтнических различий по брачности от одной когорты к другой, то следует ожидать воспроизводства этих различий и в распределении по брачности на момент переписи, во время которой в репродуктивном возрасте находились исследуемые когорты.

⁴ См. (Богоявленский 2012). В Дагестане при анализе данных ВПН-2010 к аварцам нами были по указанным причинам «присоединены» в расчетах андийцы, багвалинцы, бежтинцы, гинухцы, годоберинцы, гунзибцы, дидойцы, тиндинцы, чамалалы, хваршинцы (инхокваринцы), цезы; к даргинцам – кайтагцы, кубачинцы, мегебцы. Что касается черкесского населения, разделение которого на адыгейцев в Адыгее, черкесов в Карачаево-Черкесии и кабардинцев в Кабардино-Балкарии, принятое в советское время и сохраненное в МП-94, признается исследователями достаточно условным и не полностью соответствующим культурно-историческим реалиям (Тайсаев 2015), то мы сопоставляли респондентов из КБР, идентифицировавшихся

И МП-94, и ВПН-2010 учитывали как зарегистрированные, так и незарегистрированные браки, при этом вопрос о годе и месяце вступления в первый брак в анкете МП-94 касался обоих видов брака (Захаров 2018: 104). Мы не различали зарегистрированные и незарегистрированные браки в наших расчетах (среди мужчин 15-59 лет, включенных в наше исследование народов, доля состоявших на момент МП-94 в незарегистрированном браке колебалась с 0,3% у табасаранцев до 8,4% у осетин, среди женщин тех же возрастов – с 0,2% у табасаранцев до 8,4% у осетин; в ВПН ни у одного из рассматриваемых здесь народов доля состоявших в незарегистрированном браке как у женщин, так и у мужчин не превышала 10% всех состоявших в браке). Также мы не различали в наших расчетах городское и сельское население. Такое решение было связано с тем, что в силу интенсивности миграционных потоков из села в город в позднее советское и постсоветское время многие респонденты МП-94 и ВПН-2010, опрошенные в городах Северного Кавказа, родились и прожили значительную часть жизни в селе, однако точно установить время переезда из села в город данные о «миграционных историях» респондентов этих двух опросов позволяют не всегда.

Мы включили в рассмотрение этносы, основным местом проживания которых являются четыре региона Северного Кавказа: Дагестан, Северная Осетия, Кабардино-Балкария и Карачаево-Черкесия⁵. Исследовали наиболее крупные по численности неславянские этносы этих регионов. В Дагестане это 6 основных его народов – аварцы, даргинцы, кумыки, лакцы, лезгины и табасаранцы, в Северной Осетии – осетины, в Кабардино-Балкарии – кабардинцы и балкарцы, в Карачаево-Черкесии – карачаевцы, черкесы и абазинцы. Два последних народа рассматривали совместно, поскольку они являются близкородственными и характеризуются интенсивными межэтническими контактами. Для каждого этноса рассматривали только респондентов, проживающих в «родном» для этого этноса регионе. В таблице 1 приведена численность мужчин и женщин указанных народов, принадлежащих к исследуемым нами когортам, в выборке МП-94.

Таблица 1. Численность респондентов - представителей этносов, включенных в исследование, в выборке МП-94, по полу и когортам

Этносы	1939-48 г.р.		1949-58 г.р.		1959-68 г.р.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Аварцы	832	815	1447	1638	2156	2395
Даргинцы	430	465	769	884	1145	1241
Кумыки	432	469	759	860	955	1067
Лакцы	129	186	270	276	330	387
Лезгины	686	748	1410	1598	1884	1904
Табасаранцы	151	122	242	297	322	415
Осетины	863	1001	1185	1236	1646	1626
Кабардинцы	800	888	1143	1193	1690	1715
Балкарцы	130	126	252	302	337	281
Карачаевцы	252	299	485	503	623	761
Черкесы и абазинцы	140	162	245	235	309	269

как кабардинцы и черкесы на ВПН-2010, с кабардинцами КБР из базы МП-94, а респондентов из КЧР, идентифицировавшихся под этими же двумя этнонимами на ВПН- 2010, с черкесами КЧР из базы МП-94.

⁵ Решение не включать в наш анализ чеченцев и ингушей связано с тем, что в Чеченской Республике МП-94 не проводилась, а качество ее данных по Республике Ингушетия вызывает сомнения в связи с крайне сложной обстановкой в этом регионе в 1994 г.

Дополнительно по данным МП-94 для наиболее крупных этносов были вычислены по тем же когортам кумулятивные вероятности остаться никогда не состоявшим в браке к разным возрастам. Эти вероятности были посчитаны на основе составленных нами когортных таблиц брачности. Поскольку построение таких таблиц на основе ВПН-2010 невозможно, для исследования вопроса о сохранности межэтнических различий в постсоветское время эти показатели не использовались. Они служили только для более полной демонстрации тех межэтнических различий у когорт, которые были обнаружены с помощью коэффициентов накопленной брачности на основе данных МП-94.

Проводя сопоставление данных МП-94 и ВПН-2010, необходимо было учитывать ряд ограничений, вытекающих из методологии нашего анализа.

Во-первых, показатели, оценка которых была произведена на данных МП-94 и ВПН-2010, не вполне идентичны друг другу. По данным МП-94 мы сопоставляли этносы по накопленной брачности, охватывавшей жизненный отрезок до достижения некоторого возраста, а по данным ВПН-2010 – по доле вступивших в брак среди тех, кто на момент переписи был в соответствующем возрасте. Сопоставляя, например, накопленную к 25 годам брачность по МП-94 с долей вступивших в первый брак среди респондентов 25 лет по ВПН-2010, необходимо учитывать, что последние могли вступить в брак в том числе и уже в 25-летнем возрасте (в котором разные респонденты этой группы на момент переписи прожили разное число месяцев). Однако очевидно, что во многом доля вступивших в брак среди респондентов какого-либо возраста формируется за счет различий в брачном поведении в более молодых возрастах. Нам представляется возможным исходить из того, что межэтнические контрасты по накопленной брачности к определенному возрасту указывают и на различия по доле вступивших в брак среди респондентов того же возраста.

Во-вторых, данные МП-94 о накопленной брачности реальных когорт к разным возрастам могут быть искажены вследствие смертности и миграционных процессов. Например, доля женщин, вступивших в брак к 24 годам в когорте 1939-48 г.р., вычисленная по данным МП-94, характеризует, очевидно, только тех представительниц этой когорты, которые дожили до данного опроса и находились на его момент в своем родном регионе. Вычисленный показатель может отличаться от того, который учитывал бы всех женщин этой когорты, проживавших в своем регионе на момент достижения 24 лет, включая тех, кто впоследствии «выбыл» по разным причинам. При этом невозможно утверждать, что, например, по уровню смертности у женщин северокавказских народов в советское время не имелось межэтнических различий (в частности, естественно ожидать более высокую смертность у этносов, подвергшихся депортациям (Эдиев 2003)). Однако обозначенная проблема не представляется принципиальной для нашего анализа, поскольку нет каких-либо оснований полагать, что вероятность «выбытия» по причине смерти или миграции у изучаемых этносов как-либо коррелировала с возрастом вступления в брак.

Наконец, существенные ограничения связаны со степенью надежности данных ВПН-2010 для Северного Кавказа (о проблемах с данными этой переписи по северокавказским республикам см. (Андреев 2012; Мкртчян 2019)). Однако доступные нам результаты критического анализа ВПН-2010 не указывают на то, что ее данные содержат

искажения, которые затронули бы только отдельные этносы и тем самым привели бы к смещению в оценке межэтнических контрастов.

Наряду с исследованием сохранности межэтнических различий в постсоветское время на основе тех же источников мы сделали попытку ответить и на вопрос, имело ли место у народов, включенных в исследование, изменение возрастной модели брачности в первые постсоветские десятилетия. С этой целью для всех этносов по выборкам МП-94 и ВПН-2010 были определены расчетные возраста вступления в брак (Singulate Mean Age at Marriage – SMAM (Hajnal 1953; United Nations 1990)). SMAM является показателем возраста брачности, вычисление которого наиболее доступно по российским переписным данным. Его преимущество также в том, что в отличие от других возрастных показателей брачности значение SMAM не зависит от доли лиц, не вступивших в брак до конца репродуктивного возраста, т. е. отражает именно возрастные характеристики заключенных браков. Поскольку в данном случае нас интересовал вопрос о возрастных сдвигах в период между двумя обследованиями, по МП-94 мы вычисляли SMAM не для когорт, а для всех респондентов соответствующего этноса на основе их брачного статуса на момент опроса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На рисунке 1а-в показана накопленная брачность, рассчитанная по МП-94 для женских когорт. Можно видеть, что в когортах 1949-58 и 1959-68 г.р. значимость межэтнических различий в целом выше, чем в самой старшей когорте, что может объясняться меньшим числом респондентов, относящихся к последней. Ряд межэтнических контрастов при этом является общим для всех трех когорт. Так, среди дагестанских народов более низким уровнем накопленной брачности ко всем возрастам до 30 лет отличаются лакцы. К 30 годам (у когорт, достигших этого возраста на момент микропереписи) «отставание» лакцев от других дагестанских народов заметно сокращается. Значимо более ранней брачностью по сравнению с другими дагестанскими народами отличаются табасаранцы, однако этот контраст исчезает в когорте 1959-68 г.р. Среди четырех других дагестанских народов в молодых возрастах медленнее «накапливают» брачность кумыки, но к 25 годам их «отставание» теряет значимость. Что касается народов других северокавказских регионов, то наблюдается явный контраст между кабардинцами, черкесами и абазинами, с одной стороны, и балкарцами, карачаевцам и осетинами, с другой: первая группа народов во всех трех когортах отличается заметно более ранней брачностью, причем контрасты по накопленной брачности между народами двух групп частично сохраняют значимость и к 30 годам (у когорт, достигших этого возраста к МП-94). Накопленная брачность исследуемых когорт отражена также в таблицах П1-6 Приложения.

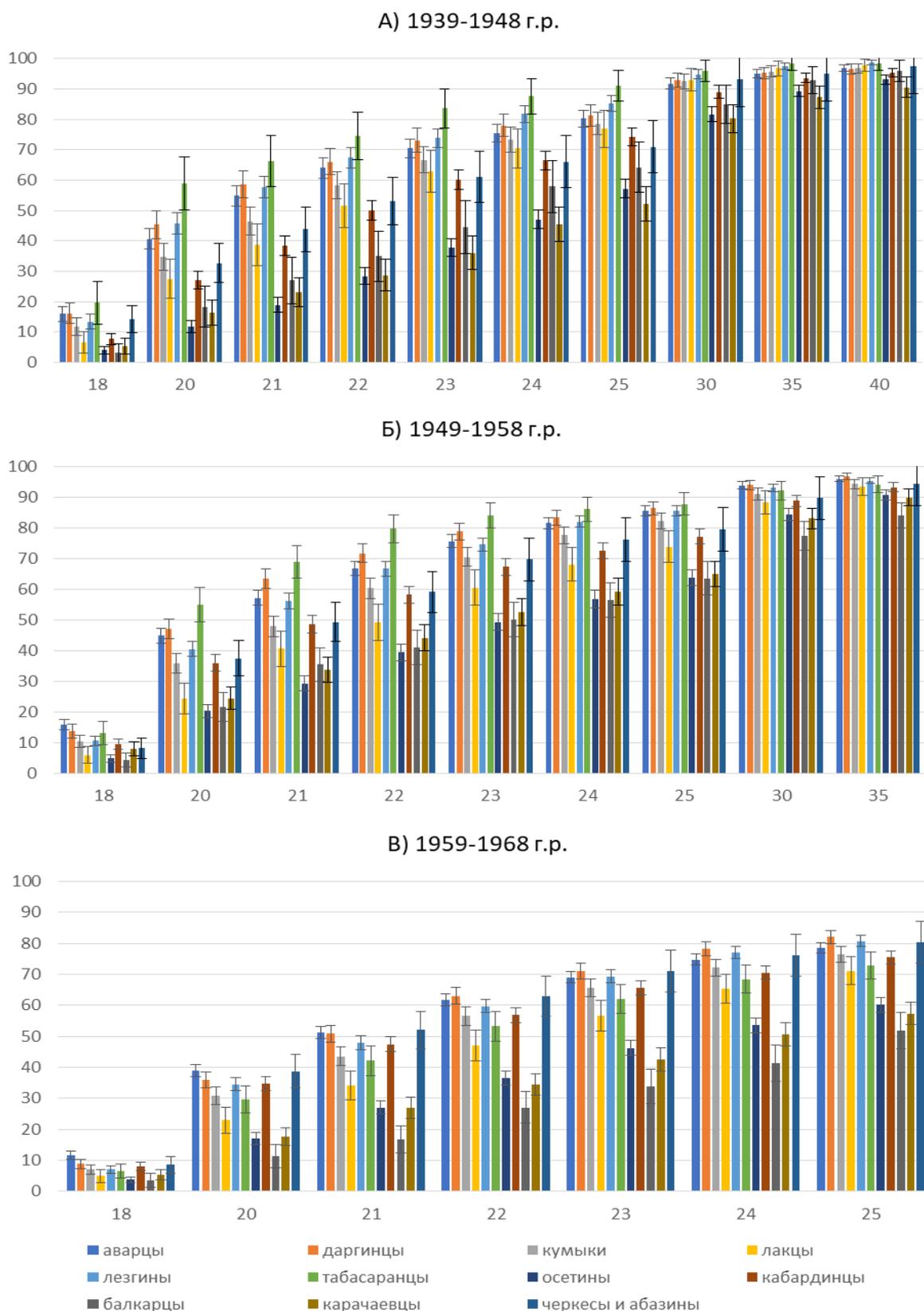


Рисунок 1. Накопленная брачность у женских когорт 1939-1968 г.р. по отдельным народам Северного Кавказа, доли вступивших в первый брак к разным возрастам, %

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

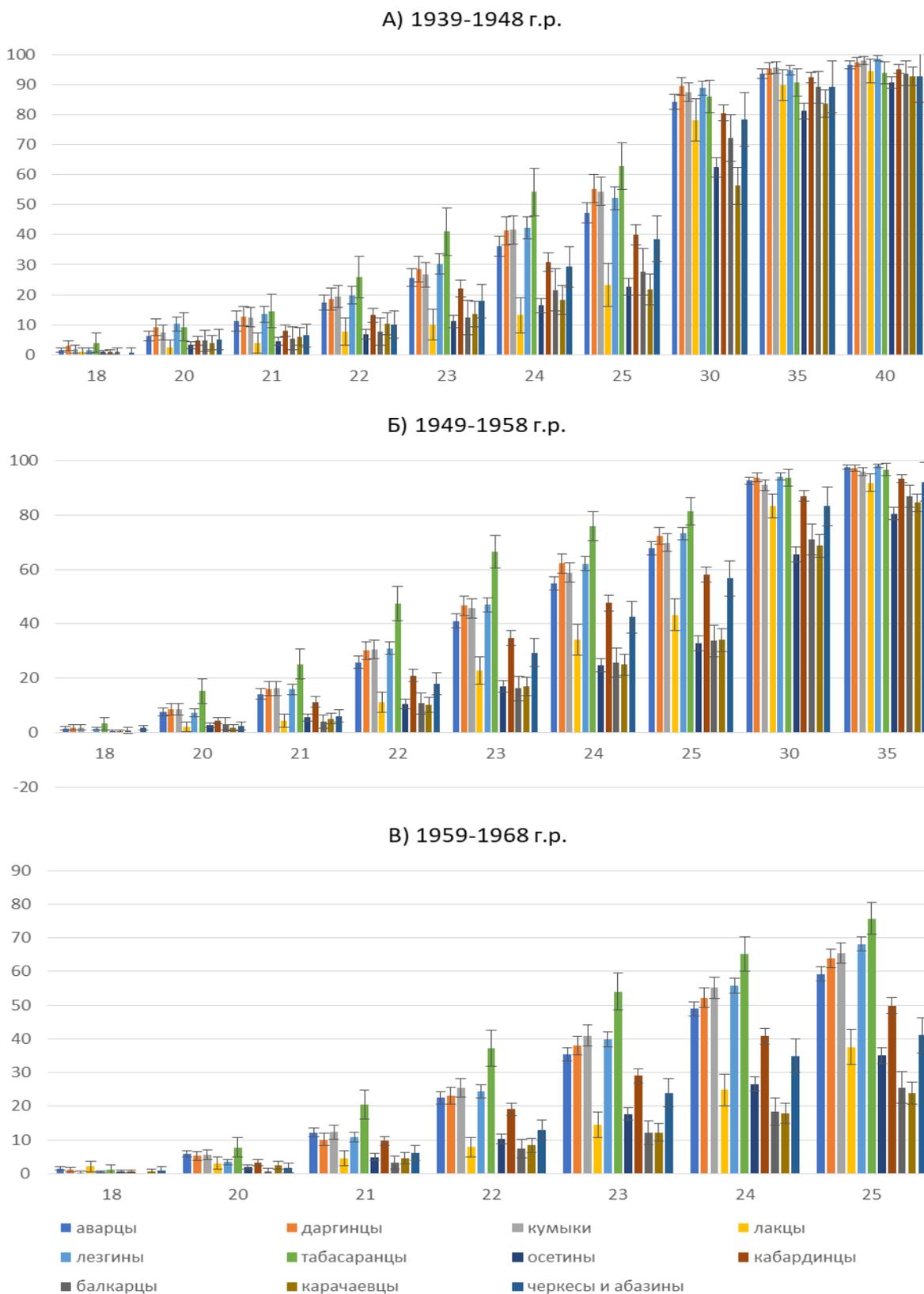


Рисунок 2. Накопленная брачность у мужских когорт 1939-1968 г.г. по отдельным этносам Северного Кавказа, доли вступивших в первый брак к разным возрастам, %

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Обратимся теперь к накопленной брачности тех же когорт у мужчин (рисунок 2а-в). При явном отставании мужчин от женщин по доле вступивших в брак ко всем возрастам до 30 лет, характерном для всех этносов, межэтнические различия у мужчин в основном те же, что и у женщин. Так, среди дагестанских этносов «отставание» лакцев по накопленной брачности у мужчин даже заметнее, чем у женщин. Также заметна более ранняя брачность табасаранцев, причем у мужчин, в отличие от женщин, различия между табасаранцами и другими народами Дагестана сохраняют значимость и в когорте 1959-68 г.р. Значимых различий между кумыками, с одной стороны, и аварцами, даргинцами и лезгинами, с другой, у мужчин, в отличие от женщин, не наблюдалось. За пределами Дагестана у мужчин межэтнические контрасты в целом также подобны тем, что выявлены для женщин. При этом если среди женщин народы с более ранней брачностью (кабардинцы, черкесы и абазинцы) не имели значимых отличий от большинства народов Дагестана, то у мужчин эти народы значительно отстают от дагестанских (кроме лакцев) к возрастам до 25 лет включительно, также значительно опережая при этом осетин, карачаевцев и балкарцев.

Чтобы получить более детальное представление о межэтнических различиях по возрастным характеристикам брачности рассматриваемых когорт, мы также рассчитали кумулятивные вероятности не вступить в первый брак к разным возрастам, которые были получены на основе построенных нами таблиц брачности для этносов разных когорт. Эти кумулятивные вероятности позволяют более полно представить брачные «траектории» исследуемых когорт. Они показаны на рисунках 3а-в для женщин и 4а-в для мужчин (графики построены для народов, у которых численность и мужчин, и женщин каждой исследуемой когорты в выборке микропереписи превышает 200 человек). Графики подтверждают, что как среди женщин, так и среди мужчин во всех трех когортах шансы остаться не вступившими в брак регулярно выше у осетин и карачаевцев. Уменьшение (но не полное исчезновение) этих различий наблюдается после 30 лет (у когорт, достигших этого возраста на момент микропереписи). Кумулятивные вероятности остаться незамужней/неженатым к разным возрастам для исследуемых когорт отражены также в таблицах П11-16 Приложения.

Обратимся теперь к данным ВПН-2010. На рисунке 5 показаны доли состоящих или состоявших в браке среди женщин, ответивших на вопрос о своем брачном статусе, по возрастам, а на рисунке 6 – аналогичное распределение среди мужчин. Легко видеть, что контрасты, наблюдавшиеся у когорт 1939-68 г.р., в целом сохранены и здесь. В Дагестане снова наблюдаются опережающие темпы брачности у табасаранцев и «отставание» по брачности у лакцев. Среди народов других рассматриваемых регионов осетины, карачаевцы и балкарцы вновь «отстают» от кабардинцев, черкесов и абазинцев. Также у мужчин сохраняется контраст между всеми дагестанскими и всеми недагестанскими народами: у первых, за исключением лакцев, доля состоящих или состоявших в браке заметно выше, чем у вторых, во всех возрастах. Из межэтнических различий, наблюдаемых по данным МП-94, к ВПН-2010 исчезло только «отставание» кумыков по накопленной брачности в ранних возрастах. Доли вступивших в первый брак среди мужчин и женщин исследуемых этносов разных возрастов по данным ВПН-2010 показаны также в таблицах П7-8 Приложения.

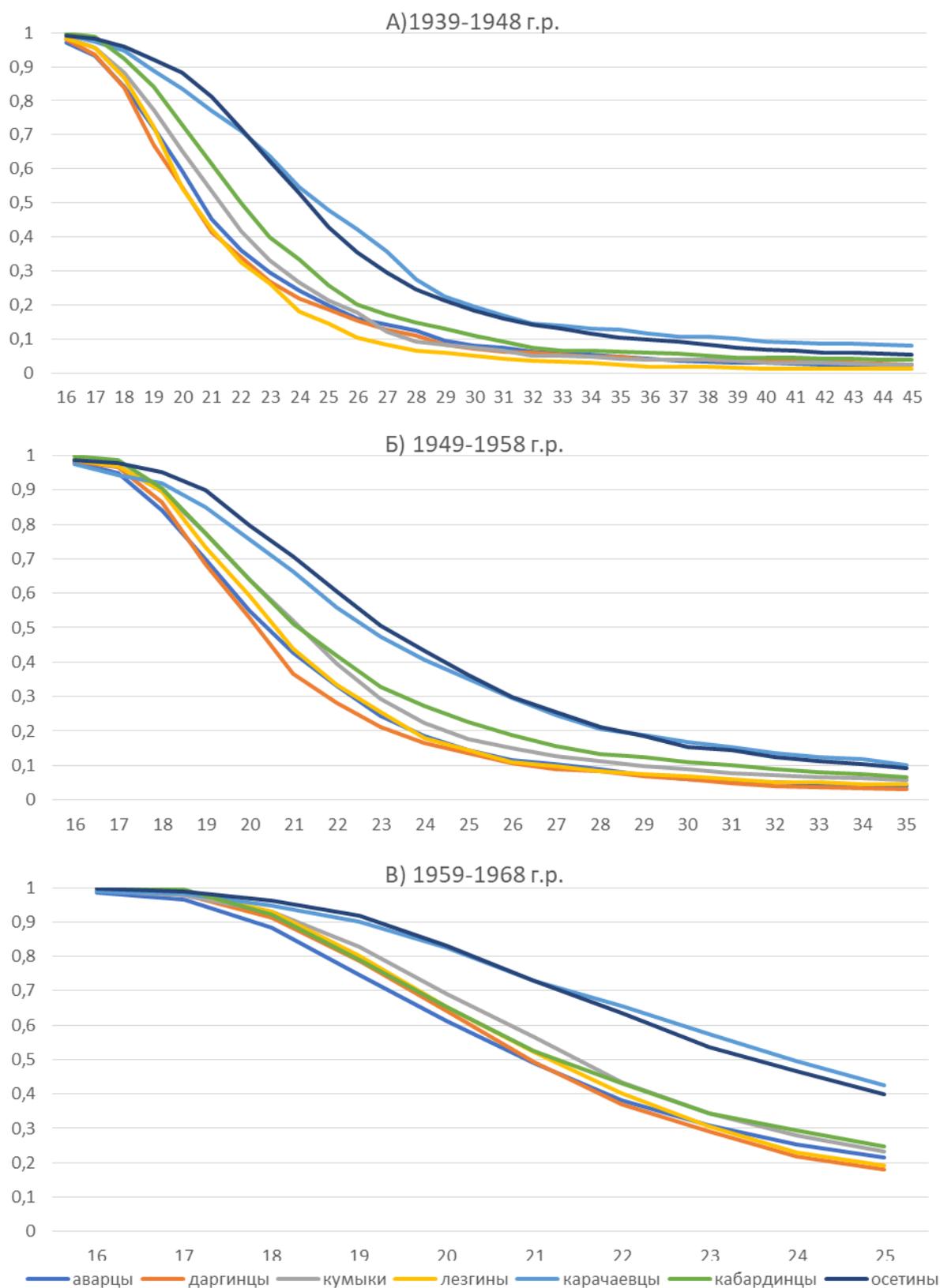


Рисунок 3. Кумулятивные вероятности не вступить в первый брак у женских когорт 1939-1968 г.р. по отдельным этносам Северного Кавказа

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

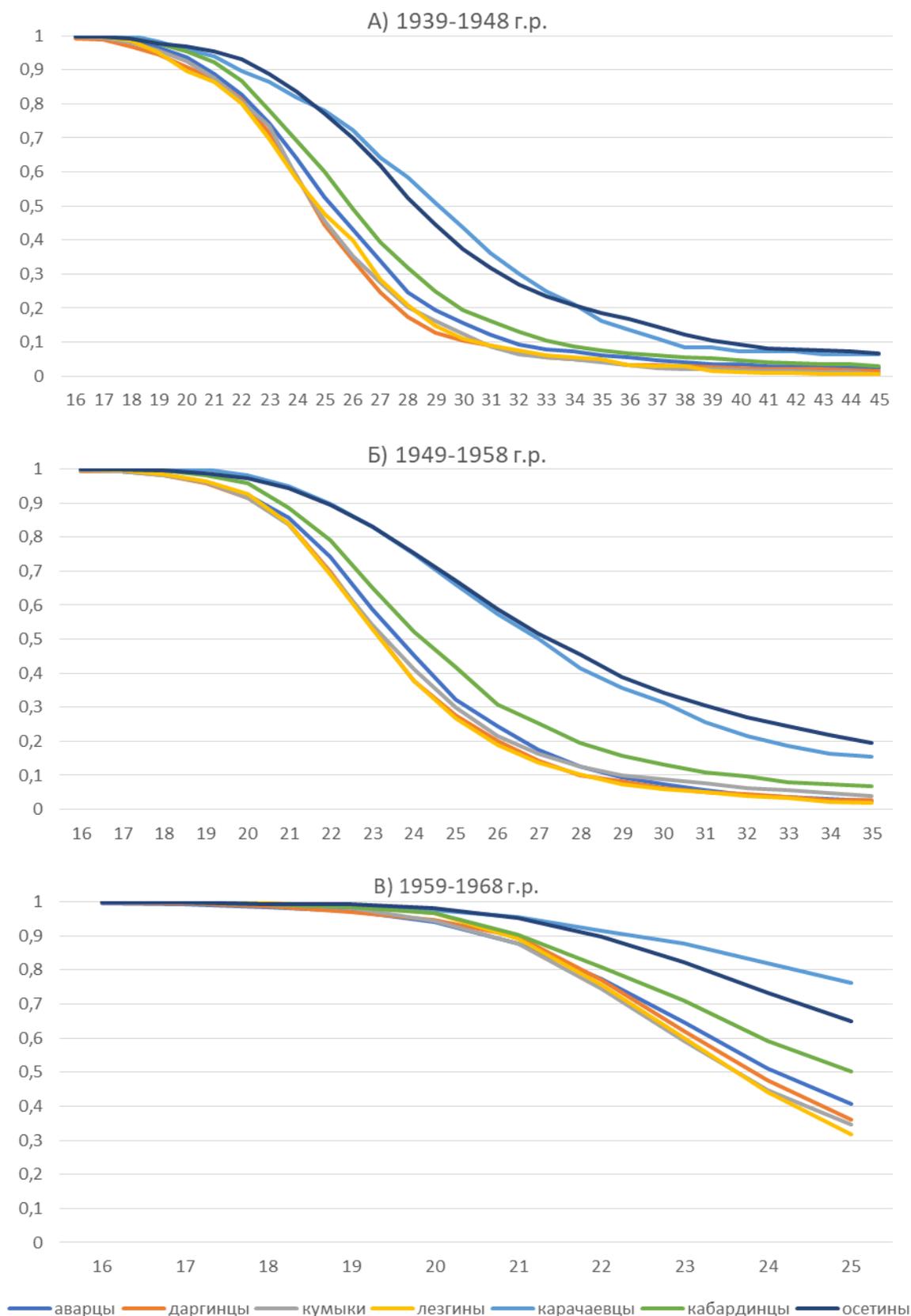


Рисунок 4. Кумулятивные вероятности не вступить в первый брак у мужских когорт 1939-1968 г.р. по отдельным этносам Северного Кавказа

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

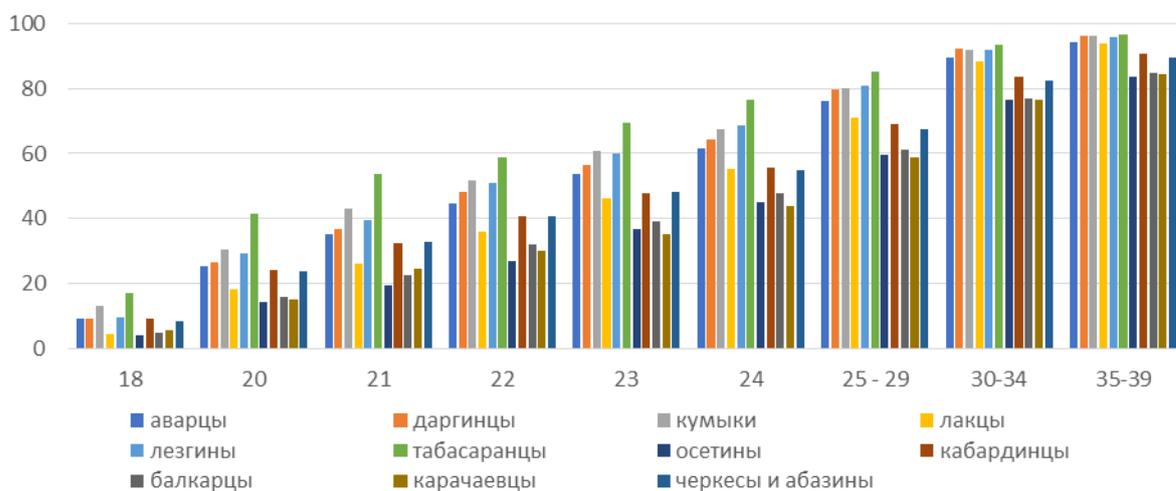


Рисунок 5. Доли вступивших в первый брак среди женщин отдельных этносов Северного Кавказа по возрастам, %

Источник: Рассчитано авторами по данным ВПН-2010.

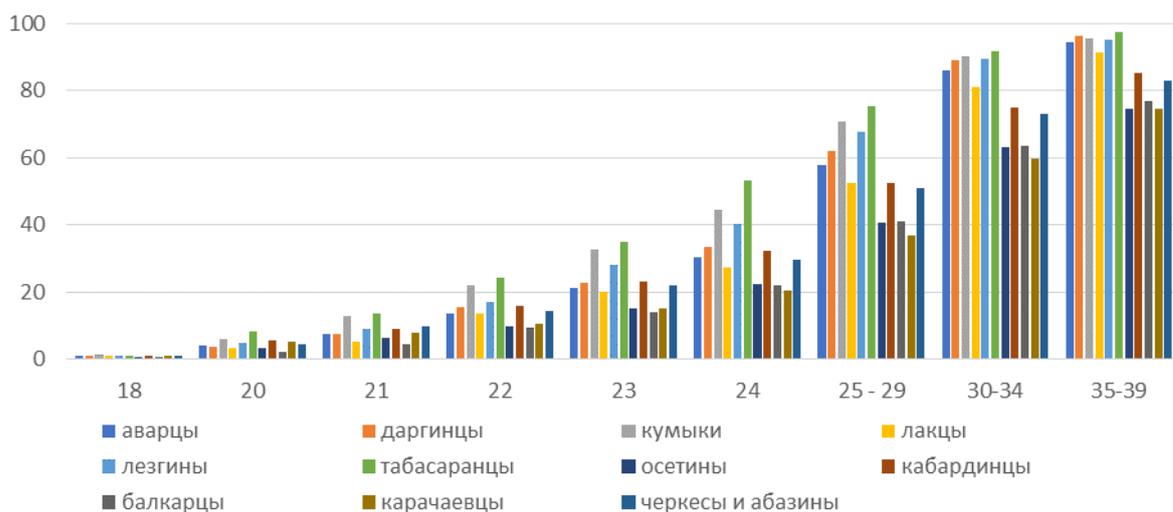


Рисунок 6. Доли вступивших в первый брак среди мужчин отдельных этносов Северного Кавказа по возрастам, %

Источник: Рассчитано авторами по данным ВПН-2010.

Чтобы определить, сохранялись ли эти межэтнические контрасты на фоне меняющихся или стабильных возрастных характеристик брачности, сопоставим расчетные возраста вступления в брак (SMAM) изучаемых этносов по микропереписи и по ВПН-2010 (рисунки 7-8). Почти у всех народов SMAM на момент второго опроса был выше, чем на момент первого, как для женщин, так и для мужчин. То есть, судя по этим данным, сохранение межэтнических контрастов по возрастному распределению брачности имело место на фоне общего сдвига брачности к более старшим возрастам. Значения расчетных возрастов вступления в брак для исследуемых этносов по данным ВПН-2010 показаны также в таблицах П9-10 Приложения.

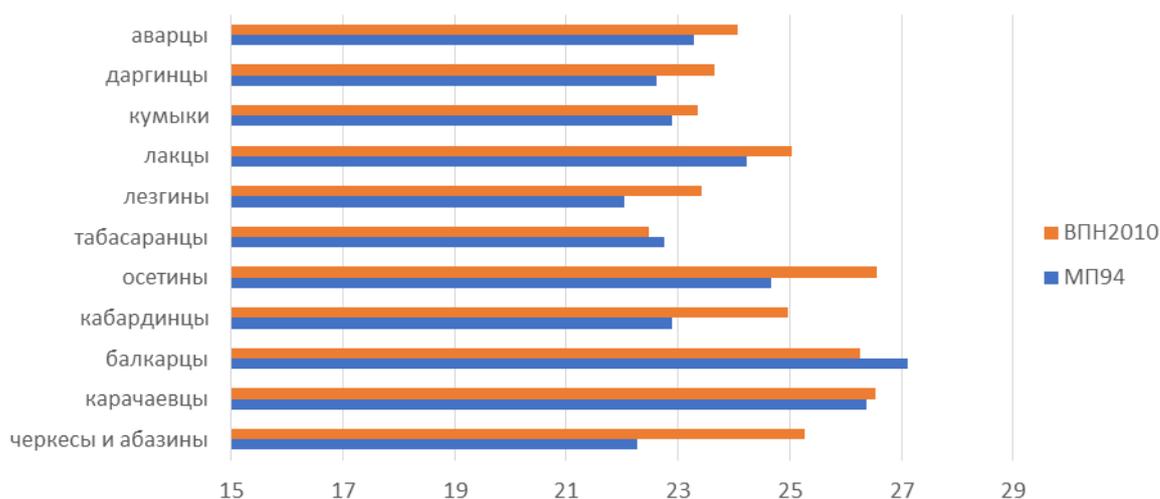


Рисунок 7. Расчетные возраста вступления в брак (SMAM) для женщин отдельных этносов Северного Кавказа, лет

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94 и ВПН-2010.

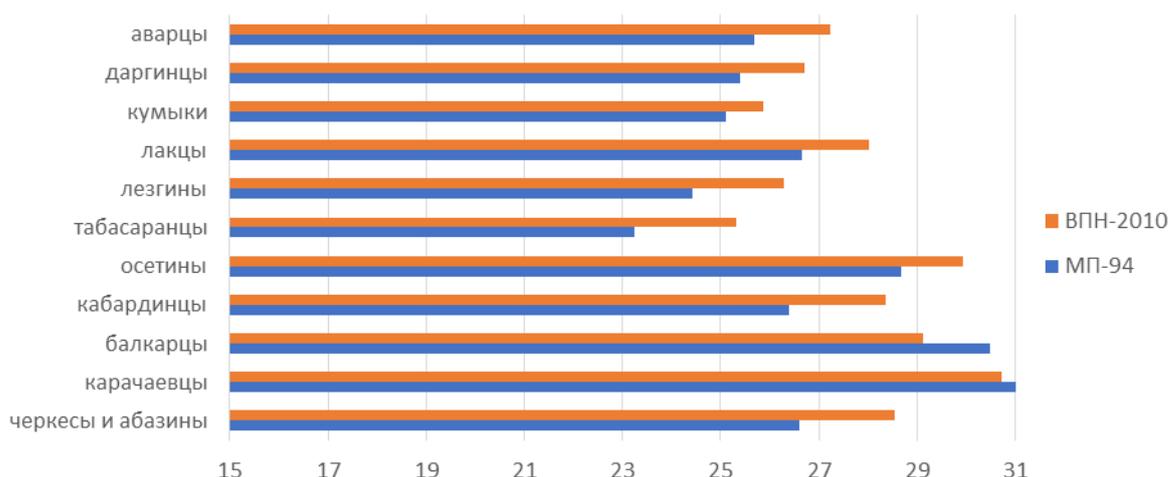


Рисунок 8. Расчетные возраста вступления в брак (SMAM) для мужчин отдельных этносов Северного Кавказа, лет

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94 и ВПН-2010.

Итак, анализ доступных нам статистических данных позволяет сделать следующие выводы. Во-первых, межэтнические контрасты по возрастным характеристикам брачности, наблюдавшиеся между северокавказскими народами в когортах 1939-68 г.р., сохранились и в период, когда в репродуктивном возрасте были более молодые когорты. Эти контрасты воспроизводятся в возрастном распределении вступивших и не вступивших в первый брак на момент ВПН-2010, включая возрастные группы моложе 30 лет на момент переписи. У мужчин и женщин состав этносов, отличающихся более ранней и более поздней брачностью, одинаков и межэтнические контрасты проявляются примерно с одинаковой силой. Во-вторых, эти межэтнические контрасты сохраняются на фоне общего «сдвига»

брачности к более поздним возрастам в 1990-2010-е годы, который также был характерен и для женщин, и для мужчин.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Выводы из сопоставления данных МП-94 и ВПН-2010 влекут за собой как минимум два вопроса. Во-первых, какова причина межэтнических контрастов, которые были нами обнаружены у когорт 1939-1968 г.р.? Во-вторых, чем может объясняться стабильность этих контрастов на фоне социальных и демографических изменений, происходивших на Северном Кавказе в постсоветское время, в контексте которых ослабление межэтнических различий по рождаемости является ожидаемым сценарием?

Ответов на эти вопросы, способных претендовать на полноту, мы на сегодня не имеем. Исходя из имеющихся исследований по новейшей истории Северного Кавказа и накопленных у нас полевых данных, мы можем привести лишь несколько соображений, которые, как нам представляется, способны помочь в поиске ответов.

Относительно возможных причин межэтнических различий по брачности у «старших» когорт в нашем анализе мы ограничимся Дагестаном, где мы видели систематически более раннюю брачность у одного народа (табасаранцы) и систематически более позднюю – у другого (лакцы). Говоря о возможных причинах особенностей матримониального поведения этих народов, легко убедиться в том, что факторы, под действием которых могли сформироваться и сохраняться эти особенности, лежат и в социально-экономической, и культурной плоскостях.

Так, табасаранцы, народ, чья историческая родина находится в горах южного Дагестана, во второй половине XX века отличались от других дагестанских этносов не только более ранней брачностью, но и более высокой рождаемостью (Казенин, Козлов 2016). Насколько можно судить по результатам полевых интервью с представителями старшего поколения табасаранцев, проведенным в Табасаранском и Хивском районах в 2016 г., высокая рождаемость у этого народа часто была результатом сознательного решения иметь больше детей, поскольку дети были необходимы в качестве рабочих рук: среди сельских табасаранцев вплоть до 1990-х годов большое распространение имело ковроткачество, которым занимались в том числе в частных домах, активно привлекая детей к этому труду. То есть стимулом высокой рождаемости была экономическая выгода от многодетности, по-видимому, исчезнувшая у табасаранцев позже, чем у других дагестанских народов. О причинах ранней брачности в наших интервью 2016 г. речи, к сожалению, не шло. Можно предположить два механизма взаимосвязи повышенной рождаемости и ранней брачности. С одной стороны, сознательная установка на многодетность могла стимулировать раннее создание семей для продления периода репродуктивной активности. С другой стороны, большая рождаемость могла быть причиной более ранней брачности следующего поколения. В условиях, когда проживание детей отдельно от родителей до вступления в брак не одобрялось традициями, наличие в семье большого числа взрослых детей могло заставлять родителей раньше организовывать

их вступление в брак, особенно после достижения их младшими братьями и сестрами подросткового возраста, позволявшего участвовать в домашнем труде.

Однако все эти факторы вряд ли могли поддерживать более раннюю брачность среди тех поколений табасаранцев, которые были в репродуктивном возрасте на момент ВПН-2010. Более того, влияние этих факторов на возрастное распределение брачности, скорее всего, существенно ослабло и ранее, еще в последние советские десятилетия. Дело в том, что во второй половине 1960-х – начале 1970-х годов имело место интенсивное организованное переселение табасаранцев на равнину, начавшееся после разрушительного землетрясения в горах южного Дагестана весной 1966 г. (Османов 2000: 250-309). В результате, если по данным Всесоюзной переписи населения 1959 г. в равнинной части Дагестана проживало всего 6,8% от табасаранского населения региона, то по данным Всесоюзной переписи населения 1970 г. – уже 12%. В 1970-1980-е годы переселение с гор в города и районы, куда первоначально были организованно перемещены табасаранцы из наиболее пострадавших от землетрясения сел, продолжалось, в результате чего, например, в городе Дагестанские Огни доля табасаранцев выросла с 11,4% в 1970 г. до 31,3% в 1989 г. (Казенин 2019b). Очевидно, что интенсивное переселение на равнину вело к ломке того хозяйственного уклада, который, как мы предположили выше, служил поддерживающим фактором для ранней брачности.

Что касается лакцев, то их относительно поздняя брачность на сегодняшний день воспринимается самими представителями этого народа прежде всего как дань традиции. Так, по крайней мере, характеризовали ее респонденты в ходе полевого исследования, проведенного нами в Лакском районе Дагестана в 2015 г. В ходе интервью звучали мнения, что среди лакцев считается традиционно необходимым, чтобы мужчина до брака подтвердил свою экономическую независимость от старших родственников, построил дом и так далее. Возможно, такие нормы сложились еще в XIX веке, когда среди лакцев выше, чем среди других народов Дагестана, была доля ремесленников-отходников, работавших за пределами Дагестана (Карпов, Капустина 2011). Такая форма трудовой деятельности обычно требовала от молодых людей достаточно долгих лет ученичества, только после которых они могли начать собственное дело и считались «готовыми» к браку по традиционным меркам. Однако ко второй половине XX века эти реалии давно ушли в прошлое, Лакия прошла через те же социальные преобразования, что и весь Дагестан в первые десятилетия советской власти. Нельзя исключать при этом, что в советское время более позднюю по сравнению с другими дагестанскими народами брачность среди лакцев поддерживали другие обстоятельства, не связанные с традициями: этот народ раньше других народов Дагестана начал интенсивную миграцию в города, что подтверждается высокой долей городского населения среди лакцев по переписям 1970 и 1979 г. (доля сельских жителей среди лакцев, по данным этих переписей, составила соответственно 42 и 46%, что было значительно меньше, чем у крупнейших народов Дагестана: у аварцев эта доля составляла соответственно 81 и 75%, у даргинцев – 78 и 74%).

Приведенные примеры показывают возможное разнообразие факторов, влияющих на возрастную модель брачности у того или иного этноса. Подчеркнем, что даже для двух рассмотренных этносов предложенные объяснения носят предварительный характер и,

скорее всего, потребуют уточнений по результатам полевых и более глубоких историко-культурных исследований.

Обратимся теперь к вопросу о возможных причинах стабильности межэтнических различий по брачности. Как мы видели выше, одно из стандартных в демографических исследованиях предположений говорит о том, что межэтнические различия по брачно-репродуктивному поведению более стабильны при высоком уровне «сегрегации» в расселении этносов. Северный Кавказ по характеристикам расселения этносов весьма неоднороден (подробно см. (Белозеров 2005; Карпов, Капустина 2011)). Модель расселения, при которой каждый народ жил в основном на «своей» территории, уверенно ушла в прошлое еще в середине XX века, однако говорить о полном стирании межэтнических границ внутри многонациональных регионов, включенных в наше исследование, на сегодня явно преждевременно. Например, для Дагестана по-прежнему характерны моноэтничные села в горах, а в равнинных селах, как правило, от одного до трех этносов составляют более 90% всего населения. Интересно, что для табасаранцев, сохранивших, как мы видели выше, значимо более раннюю возрастную модель брачности, интенсивное переселение на равнину в малой степени нарушило компактное совместное проживание представителей этого народа: на 2010 г. более 50% равнинных табасаранцев было сосредоточено в тех же городах и районах, куда началось переселение этого народа с гор после 1966 г. Вместе с тем в столице региона Махачкале и образующим с ней единую агломерацию городе Каспийск, в которых фактически проживает на сегодня, по имеющимся оценкам, не менее трети населения всего Дагестана, уровень этнического смешения очень высок. В Карачаево-Черкесии, Кабардино-Балкарии и Северной Осетии для городов в целом характерно смешанное проживание всех основных этносов (хотя среди малых городов есть исключения), однако имеются крупные села и целые сельские районы, в которых состав населения практически мононационален. Для того, чтобы оценить, насколько влияет характер расселения этносов на сохранность их традиционных возрастных моделей брачности, необходимы дополнительные количественные полевые исследования, которые позволили бы изучить связь между характеристиками матримониального поведения индивида и долей представителей его родного этноса в населенном пункте, где он проживает или проживал ранее, среди лиц, с которыми он регулярно контактирует, и др.

Однако само по себе ослабление этнических границ в расселении, в ежедневных контактах и др. не обязательно влечет за собой ослабление этнического многообразия в матримониальном поведении. Предварительные оценки говорят о том, что ослабление этнической сегрегации в расселении на Северном Кавказе само может происходить без «интернационализации» сферы брака. Наши полевые исследования, проведенные качественными методами в крупнейших городах Северного Кавказа, включая полиэтничную Махачкалу, показывают, что точка зрения, согласно которой брак с человеком другой национальности нежелателен, по крайней мере, не является для населения этих городов экзотической (см. также: (Шахбанова 2008)). Это подтверждается и данными ВПН-2010 о доле смешанных семей среди народов Северного Кавказа (Сороко 2018: 179): даже у наиболее крупных народов Северного Кавказа доля смешанных браков составляет менее 10%, что вряд ли можно считать высоким уровнем для этносов,

проживающих в регионах со сложным национальным составом. Интересно при этом, что доля мужчин, состоявших в смешанном браке, из всех мужчин, состоявших в браке на момент ВПН-2010, у большинства этносов была в 1,5-2 раза выше, чем соответствующая доля женщин, что согласуется с предположением о большей зависимости демографического поведения женщин от традиционных семейных норм. К сожалению, данные опросов и официальной статистики на текущий момент не позволяют оценить, насколько эти тенденции присутствуют в поколениях северокавказцев, вступивших во взрослую жизнь в последнее десятилетие.

Что касается возможных теоретических выводов из проведенного сопоставления данных МП-94 и ВПН-2010, то имеет смысл, на наш взгляд, остановиться на двух из них.

Первый вывод касается типологии моделей организации семьи. Со времен работы Дж. Хайнала (Hajnal 1982) стандартным является представление о наличии двух исторических типов семейной организации. Для одного типа характерен молодой возраст вступления в брак и проживание молодых семей в одном домохозяйстве с родителями одного из супругов, для другого – сравнительно поздний возраст вступления в брак и проживание семей отдельно от родителей супругов. Адекватность такого жесткого бинарного противопоставления в последующих исследованиях была поставлена под вопрос (см., например, (Szołtysek 2008)). Впоследствии были предложены более сложные подходы к типологии организации семьи, при этом защищалась гипотеза, что каждому типу организации семьи универсально соответствуют достаточно жесткие возрастные рамки, в которых ожидается вступление в первый брак (они, разумеется, могут быть разными для мужчин и женщин). Примером такого подхода может быть исследование С. Кармишель (Carmichael 2011). Однако данные по Северному Кавказу заставляют допустить, что в действительности связь между принципами организации семьи и возрастом вступления в брак может быть вариативной. Чтобы убедиться в этом, достаточно посмотреть на пример Карачаево-Черкесии, где, напомним, обнаружен заметный контраст по возрасту вступления в брак между карачаевцами, с одной стороны, и черкесами и абазинами, с другой. Как показывают наши полевые исследования, у всех этих народов сельский семейный уклад, осознаваемый их представителями в качестве «правил предков», с точки зрения типологии семьи, предложенной С. Кармишель, примерно одинаков. Его характеризуют активное участие старших родственников в организации брака; проживание молодой семьи либо в доме родителей мужа, либо, по крайней мере, в том же селе, что и родители мужа (при проживании родителей супругов в разных селах не считалось нормой проживание молодых в селе, где живут родители невесты); запрет на близкородственные браки. Как мы видим, эти «типологические» сходства семейной организации не ведут к единообразию по возрасту вступления в брак. Связь между типом организации семьи и возрастом вступления в брак, видимо, может быть осложнена другими факторами, которые еще предстоит установить.

Второй вывод состоит в том, что сам по себе процесс повышения возраста вступления в брак не всегда оказывается синхронизирован с ослаблением межэтнических различий по брачности. Такой вывод представляет интерес в том отношении, что оба указанных процесса стандартно рассматриваются как элементы «детрадиционализации» брачно-репродуктивного поведения. Пример Северного Кавказа подтверждает, что разные

элементы этой «детрадиционализации» могут происходить не синхронно, и показывает необходимость исследования разных вариантов их взаимораспределения во времени.

БЛАГОДАРНОСТИ

Большую помощь в работе над статьей оказали Д.Д. Богоявленский, С.В. Захаров и В.А. Козлов, которые, разумеется, не несут ответственности за возможные недостатки окончательного варианта статьи.

ЛИТЕРАТУРА

- Андреев Е.М. (2012). О точности результатов Российских переписей населения и степени доверия к разным источникам информации о населении. *Вопросы статистики*, 11, 21-35.
- Белозеров В.С. (2005). *Этническая карта Северного Кавказа*. Москва: О.Г.И.
- Богоявленский Д.Д. (2012). Перепись 2010: этнический срез. *Демоскоп Weekly*, 531 – 532. <http://demoscope.ru/weekly/2012/0531/index.php>
- Дарский Л.Е., Ильина И.П. (2000). *Брачность в России: анализ таблиц брачности*. Москва: Информатика.
- Захаров С.В. (2018). Брачная структура населения, заключение и прекращение браков в России в свете результатов микропереписи населения 2015 г. В С.В. Захаров (Ред.) *Население России: двадцать четвертый ежегодный демографический доклад* (с.99-159). Москва: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Казенин К. И., Козлов В.А. (2016). Омоложение материнства в Дагестане: тенденция или артефакт? (Предварительные результаты обследования сельского населения). *Демографическое обозрение*, 3(3), 100-123. <https://doi.org/10.17323/demreview.v3i3.1748>
- Казенин К.И., Козлов В.А. (2017). Особенности брачно-репродуктивного поведения населения в Республике Дагестан: их причины и социально-экономические последствия. *Вестник Института экономики РАН*, 2, 65-81.
- Казенин К. И. (2019а). Традиционализм семейного уклада и возрастные характеристики брачности: о чем говорит пример Карачаево-Черкесии? *Демографическое обозрение*, 6(3), 98-127. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i3.9857>
- Казенин К. И. (2019б). Миграция северокавказского населения с гор на равнину: вызовы разнообразия. *Журнал исследований социальной политики*, 17(1), 23-38. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-1-23-38>
- Карпов Ю.Ю. (2001). *Женское пространство в культуре народов Кавказа*. СПб.: Петербургское востоковедение.
- Карпов Ю.Ю., Капустина Е.А. (2011). Горцы после гор. Миграционные процессы в Дагестане в XX — начале XXI века: их социальные и этнокультурные последствия и перспективы. СПб.: Петербургское востоковедение.

- Мкртчян Н.В. (2019). Миграция на Северном Кавказе сквозь призму несовершенной статистики. *Журнал исследований социальной политики*, 17(1), 7-22. <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-1-7-22>
- Османов А.И. (2000). *Аграрные преобразования в Дагестане и переселение горцев на равнину (20-70-е годы 20в.)*. Махачкала.
- Пьянкова А.И., Щербакова Е.М., Васин, С.А. (2018). Микропереписи населения России: прошлое, настоящее и будущее. *Демографическое обозрение*, 5(2), 61-102. <https://doi.org/10.17323/demreview.v5i2.7935>
- Стародубровская И.В. (2019). Кризис традиционной северокавказской семьи в постсоветский период и его социальные последствия. *Журнал исследований социальной политики*, 17(1), 39-56. DOI: <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-1-39-56>
- Сороко Е.Л. (2018). Этнический состав населения и межэтнические браки в России по данным переписей населения. В С.В. Захаров (Ред.) *Население России: двадцать четвертый ежегодный демографический доклад*. М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Тайсаев Д. М. (2015). *Этногенез народов Кавказа*. Нальчик: Издательство М. и В. Котляровых.
- Шахбанова М.М. (2008). Отношение к межнациональным бракам в этническом сознании дагестанцев. *Социологические исследования*, 11, 72-76.
- Эдиев Д.М. (2003). *Демографические потери депортированных народов СССР*. Ставрополь.
- Carmichael S. (2011). Marriage and power: Age at first marriage and spousal age gap in lesser developed countries. *The History of the Family*, 16(4), 416-436. <https://doi.org/10.1016/j.hisfam.2011.08.002>
- Crul M., Schneider J., Lelie F. (Eds.) (2012). *The European second generation compared: does the integration context matter?* Amsterdam: Amsterdam university press.
- Gruber S., Szołtysek M. (2012). *Quantifying Patriarchy: An Explorative Comparison of Two Joint Family Societies*. MPIDR Working Paper WP 2012-017, April 2012.
- Hajnal J. (1953). Age at Marriage and Proportions Marrying. *Population Studies*, 7, 111-132.
- Hajnal J (1982). Two kinds of preindustrial household formation systems. *Population and Development Review*, 8(3), 449-494.
- Lerch M. (2013). Patriarchy and fertility in Albania. *Demographic Research*, 29, 133-166. DOI: <https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.29.6>
- Mason K. O. (1987). The Impact of Women's Social Position on Fertility in Developing Countries. *Sociological Forum*, 2(4), 718-745.
- Parrado E.A. (2011). How High is Hispanic/Mexican Fertility in the United States? Immigration and Tempo Considerations. *Demography*, 48(3), 1059-1080. <https://doi.org/10.1007/s13524-011-0045-0>
- Szołtysek M. (2008). Three kinds of preindustrial household formation system in historical Eastern Europe: A challenge to spatial patterns of the European family. *The History of the Family*, 13, 223-257. <https://doi.org/10.1016/j.hisfam.2008.05.003>

United Nations (1990). Patterns of first marriage. Timing and prevalence. Department of International Economic and Social Affairs. ST/ESA/SER.R/111. New York.

Yavuz S. (2004). Completing the fertility transition: Third birth developments by language groups in Turkey. *Demographic Research*, 15, 435-460.
<https://doi.org/10.4054/DemRes.2006.15.15>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица П1. Накопленная брачность у женщин 1939-48 г.р. по отдельным народам Северного Кавказа (доли вступивших в первый брак к разным возрастам), %

Народы	Возраст, лет									
	18	20	21	22	23	24	25	30	35	40
аварцы	16,0	40,6	54,8	64,0	70,4	75,6	80,2	91,8	95,1	96,9
даргинцы	16,1	45,4	58,7	66,0	73,1	78,1	81,3	92,9	95,3	96,6
кумыки	11,7	34,8	46,5	58,2	66,7	73,3	78,7	92,5	95,7	96,8
лакцы	6,5	27,4	38,7	51,6	62,9	70,4	76,9	93,0	96,8	97,8
лезгины	13,4	45,7	57,8	67,4	73,8	81,8	85,3	94,9	97,6	98,7
табасаранцы	19,7	59,0	66,4	74,6	83,6	87,7	91,0	95,9	98,4	98,4
осетины	4,1	11,7	18,9	28,4	37,8	47,1	57,1	81,7	89,4	93,2
кабардинцы	7,7	27,0	38,5	50,1	60,0	66,6	74,3	89,1	93,7	95,5
балкарцы	3,2	18,3	27,0	34,9	44,4	57,9	64,3	84,9	92,9	96,0
карачаевцы	5,4	16,4	23,1	28,8	36,1	45,5	52,2	80,3	87,3	90,6
черкесы и абазины	14,2	32,7	43,8	53,1	61,1	66,0	71,0	93,2	95,1	97,5

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П2. Накопленная брачность у мужчин 1939-48 г.р. по отдельным народам Северного Кавказа (доли вступивших в первый брак к разным возрастам), %

Народы	Возраст, лет									
	18	20	21	22	23	24	25	30	35	40
аварцы	1,4	6,3	11,2	17,4	25,7	36,2	47,4	84,3	93,9	96,6
даргинцы	3,0	9,1	12,8	18,6	28,6	41,4	55,3	89,5	95,6	97,7
кумыки	1,9	7,4	12,5	19,4	26,6	41,7	54,4	87,5	95,8	98,1
лакцы	0,8	2,3	3,9	7,8	10,1	13,2	23,3	78,3	89,9	94,6
лезгины	1,5	10,2	13,4	19,8	30,3	42,3	52,2	88,9	95,0	98,8
табасаранцы	4,0	9,3	14,6	25,8	41,1	54,3	62,9	86,1	90,7	94,0
осетины	0,8	3,1	4,5	6,8	11,1	16,3	22,7	62,6	81,3	90,8
кабардинцы	0,9	4,6	7,9	13,1	22,0	30,9	39,9	80,6	92,5	95,3
балкарцы	0,8	4,6	5,4	7,7	12,3	21,5	27,7	72,3	89,2	93,8
карачаевцы	0,0	4,0	6,0	10,3	13,5	18,3	21,8	56,3	83,7	92,9
черкесы и абазины	0,7	5,0	6,4	10,0	17,9	29,3	38,6	78,6	89,3	92,9

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П3. Накопленная брачность у женщин 1949-58 г.р. по отдельным народам Северного Кавказа (доли вступивших в первый брак к разным возрастам), %

Народы	Возраст, лет									
	18	20	21	22	23	24	25	30	35	
аварцы	15,8	44,9	57,2	66,9	75,8	81,6	85,6	94,0	96,0	
даргинцы	13,6	47,1	63,5	71,8	78,8	83,5	86,4	94,1	96,9	
кумыки	10,3	35,9	47,9	60,3	70,6	77,7	82,3	91,2	94,4	
лакцы	5,8	24,3	40,6	49,3	60,5	68,1	73,9	88,4	93,5	
лезгины	10,5	40,6	56,2	66,7	74,6	82,1	85,6	93,1	95,5	
табасаранцы	13,1	54,9	69,0	79,8	84,2	86,2	87,9	92,3	94,3	
осетины	4,8	20,2	29,3	39,4	49,4	56,8	63,8	84,5	90,8	
кабардинцы	9,6	35,9	48,7	58,2	67,3	72,7	77,3	88,9	93,4	
балкарцы	4,3	21,5	35,4	41,1	50,0	56,6	63,6	77,5	84,1	
карачаевцы	8,0	24,5	33,8	44,1	52,5	59,2	65,0	83,1	90,1	
черкесы и абазины	8,1	37,4	49,4	59,1	69,8	76,2	79,6	89,8	94,5	

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П4. Накопленная брачность у мужчин 1949-58 г.р. по отдельным народам Северного Кавказа (доли вступивших в первый брак к разным возрастам), %

Народы	Возраст, лет								
	18	20	21	22	23	24	25	30	35
аварцы	1,6	7,7	14,2	25,8	41,1	54,9	67,7	92,7	97,5
даргинцы	1,8	8,6	16,1	30,2	46,7	62,2	72,3	93,9	97,3
кумыки	1,8	8,6	16,2	30,6	45,6	58,8	69,9	91,0	96,0
лакцы	0,0	2,2	4,4	11,1	23,0	34,1	43,3	83,3	91,9
лезгины	1,4	7,2	15,9	31,1	47,0	62,1	73,2	94,2	98,2
табасаранцы	3,3	15,3	25,2	47,5	66,5	76,0	81,4	93,8	96,7
осетины	0,5	2,7	5,6	10,6	17,0	24,6	32,8	65,7	80,5
кабардинцы	0,4	4,3	11,3	21,0	34,7	47,7	58,1	87,0	93,3
балкарцы	0,8	3,2	4,0	10,7	16,3	25,8	33,7	71,0	86,9
карачаевцы	0,0	1,9	5,2	10,1	16,9	24,9	34,0	68,7	84,5
черкесы и абазины	1,6	2,4	6,1	18,0	29,4	42,4	56,7	83,3	92,2

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П5. Накопленная брачность у женщин 1959-68 г.р. по отдельным народам Северного Кавказа (доли вступивших в первый брак к разным возрастам), %

Народы	Возраст, лет							
	18	20	21	22	23	24	25	
аварцы	11,6	38,9	51,1	61,8	69,0	74,7	78,6	
даргинцы	8,8	35,9	50,8	63,0	70,9	78,2	82,0	
кумыки	7,0	30,8	43,5	56,5	65,5	72,2	76,6	
лакцы	4,9	23,0	34,1	47,0	56,6	65,4	71,1	
лезгины	7,0	34,6	47,9	59,8	69,3	77,0	80,8	
табасаранцы	6,5	29,6	42,2	53,3	61,9	68,4	72,8	
осетины	3,8	17,0	27,1	36,5	46,2	53,5	60,1	
кабардинцы	8,0	34,6	47,4	56,9	65,5	70,5	75,4	
балкарцы	3,6	11,4	16,7	27,0	33,8	41,3	52,0	
карачаевцы	5,4	17,6	27,0	34,4	42,6	50,5	57,4	
черкесы и абазины	8,6	38,7	52,0	62,8	71,0	76,2	80,3	

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П6. Накопленная брачность у мужчин 1959-68 г.р. по отдельным народам Северного Кавказа (доли вступивших в первый брак к разным возрастам), %

Народы	Возраст, лет							
	18	20	21	22	23	24	25	
аварцы	1,5	5,8	12,2	22,5	35,4	48,9	59,3	
даргинцы	1,2	5,2	10,1	23,1	38,0	52,2	63,9	
кумыки	0,4	5,5	12,4	25,4	40,9	55,2	65,4	
лакцы	2,1	3,0	4,5	7,9	14,5	24,8	37,6	
лезгины	0,5	3,4	10,8	24,4	39,9	55,7	68,2	
табасаранцы	1,2	7,8	20,5	37,3	54,0	65,2	75,8	
осетины	0,6	1,9	4,9	10,2	17,6	26,5	35,1	
кабардинцы	0,6	3,2	9,6	19,1	29,0	40,8	49,9	
балкарцы	0,0	0,6	3,3	7,4	12,2	18,4	25,5	
карачаевцы	0,6	2,4	4,5	8,3	12,2	18,0	23,9	
черкесы и абазины	1,0	1,6	6,1	12,9	23,9	35,0	41,1	

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П7. Доли вступивших в первый брак среди женщин отдельных этносов Северного Кавказа по возрастам, %

Народы	Возраст, лет								
	18	20	21	22	23	24	25 - 29	30-34	35-39
аварцы	9,4	25,4	35,1	44,6	53,5	61,7	75,9	89,7	94,4
даргинцы	9,3	26,7	36,7	48,3	56,4	64,2	79,6	92,4	96,3
кумыки	13,2	30,5	43,0	51,7	60,7	67,3	80,0	92,0	96,0
лакцы	4,5	18,2	26,0	36,1	46,1	55,1	70,9	88,4	93,8
лезгины	9,7	29,4	39,6	50,7	60,1	68,7	80,8	91,9	95,8
табасаранцы	17,1	41,5	53,8	58,9	69,4	76,6	85,3	93,3	96,5
осетины	4,2	14,3	19,3	26,8	36,9	44,8	59,4	76,6	83,6
кабардинцы	9,1	24,2	32,5	40,6	47,8	55,5	69,1	83,5	90,8
балкарцы	4,9	16,0	22,5	31,9	39,1	47,7	61,0	77,1	84,9
карачаевцы	5,5	14,9	24,5	30,0	35,2	43,8	58,8	76,6	84,5
черкесы и абазины	8,3	23,9	32,8	40,8	48,2	54,9	67,4	82,3	89,5

Источник: Рассчитано авторами по данным ВПН-2010.

Таблица П8. Доли вступивших в первый брак среди мужчин отдельных этносов Северного Кавказа по возрастам, %

Народы	Возраст, лет								
	18	20	21	22	23	24	25 - 29	30-34	35-39
аварцы	1,0	4,2	7,3	13,6	21,2	30,2	57,9	85,9	94,3
даргинцы	0,9	3,8	7,6	15,4	22,7	33,3	62,1	88,9	96,2
кумыки	1,4	6,0	12,9	22,1	32,6	44,4	70,7	90,4	95,7
лакцы	0,9	3,4	5,4	13,6	20,0	27,2	52,4	81,2	91,2
лезгины	0,9	4,7	9,1	17,1	28,0	40,2	67,8	89,5	95,2
табасаранцы	0,9	8,1	13,5	24,4	34,9	53,3	75,5	91,7	97,5
осетины	0,6	3,4	6,3	9,7	15,2	22,2	40,7	63,3	74,8
кабардинцы	1,2	5,4	9,1	15,9	23,1	32,3	52,5	74,8	85,2
балкарцы	0,8	2,1	4,5	9,4	13,9	22,1	41,1	63,4	77,0
карачаевцы	1,0	5,0	7,9	10,5	15,3	20,3	36,9	59,6	74,7
черкесы и абазины	1,2	4,4	9,6	14,4	22,1	29,5	51,1	72,9	82,8

Источник: Рассчитано авторами по данным ВПН-2010.

Таблица П9. Расчетные возраста вступления в брак (SMAM) для женщин отдельных этносов Северного Кавказа, лет

Народы	МП-94	ВПН-2010
аварцы	23,28	24,06
даргинцы	22,62	23,66
кумыки	22,89	23,36
лакцы	24,22	25,03
лезгины	22,03	23,41
табасаранцы	22,76	22,47
осетины	24,67	26,57
кабардинцы	22,90	24,97
балкарцы	27,13	26,27
карачаевцы	26,38	26,55
черкесы и абазины	22,27	25,27

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94 и ВПН-2010.

Таблица П10. Расчетные возраста вступления в брак (SMAM) для мужчин отдельных этносов Северного Кавказа, лет

Народы	МП-94	ВПН-2010
аварцы	25,67	27,24
даргинцы	25,39	26,72
кумыки	25,11	25,86
лакцы	26,66	28,01
лезгины	24,43	26,29
табасаранцы	23,25	25,33
осетины	28,68	29,93
кабардинцы	26,39	28,36
балкарцы	30,48	29,11
карачаевцы	31,01	30,71
черкесы и абазины	26,60	28,53

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94 и ВПН-2010.

Таблица П11. Кумулятивные вероятности остаться незамужней к разным возрастам у женщин отдельных этносов Северного Кавказа 1939-48 г.р.

Возраст, лет	Аварцы	Даргинцы	Кумыки	Лезгины	Карачаевцы	Кабардинцы	Осетины
16	0,969	0,978	0,985	0,984	0,993	0,997	0,992
17	0,931	0,935	0,957	0,957	0,973	0,989	0,983
18	0,840	0,839	0,883	0,866	0,946	0,923	0,959
19	0,721	0,669	0,774	0,722	0,890	0,841	0,922
20	0,594	0,546	0,652	0,543	0,836	0,730	0,883
21	0,452	0,413	0,535	0,423	0,769	0,615	0,811
22	0,360	0,340	0,418	0,326	0,712	0,499	0,716
23	0,296	0,269	0,333	0,262	0,639	0,400	0,622
24	0,244	0,219	0,267	0,182	0,545	0,334	0,529
25	0,198	0,187	0,213	0,147	0,478	0,257	0,429
26	0,161	0,155	0,177	0,104	0,421	0,200	0,356
27	0,142	0,129	0,122	0,083	0,358	0,171	0,296
28	0,124	0,110	0,092	0,067	0,274	0,149	0,245
29	0,097	0,084	0,083	0,059	0,224	0,132	0,215
30	0,082	0,071	0,075	0,051	0,197	0,109	0,183
31	0,074	0,062	0,066	0,043	0,170	0,092	0,162
32	0,064	0,060	0,051	0,038	0,147	0,075	0,144
33	0,058	0,054	0,051	0,035	0,140	0,068	0,130
34	0,053	0,049	0,047	0,032	0,130	0,066	0,116
35	0,049	0,047	0,043	0,024	0,127	0,063	0,106
36	0,043	0,041	0,041	0,019	0,117	0,061	0,099
37	0,037	0,039	0,041	0,019	0,107	0,057	0,093
38	0,035	0,039	0,041	0,019	0,107	0,051	0,083
39	0,032	0,036	0,036	0,016	0,100	0,046	0,076
40	0,031	0,034	0,032	0,013	0,093	0,045	0,068
41	0,027	0,034	0,032	0,013	0,090	0,045	0,065
42	0,026	0,034	0,030	0,013	0,087	0,044	0,061
43	0,026	0,030	0,028	0,013	0,087	0,042	0,060
44	0,026	0,028	0,026	0,013	0,083	0,039	0,058
45	0,026	0,026	0,026	0,013	0,080	0,039	0,054

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П12. Кумулятивные вероятности остаться неженатым к разным возрастам у мужчин отдельных этносов Северного Кавказа 1939-48 г.р.

Возраст, лет	Аварцы	Даргинцы	Кумыки	Лезгины	Карачаевцы	Кабардинцы	Осетины
16	0,996	0,993	0,998	1,000	1,000	0,999	0,997
17	0,994	0,988	0,995	0,997	1,000	0,999	0,997
18	0,986	0,970	0,981	0,985	1,000	0,991	0,992
19	0,966	0,947	0,958	0,950	0,984	0,978	0,978
20	0,938	0,909	0,926	0,898	0,960	0,954	0,969
21	0,888	0,872	0,875	0,866	0,940	0,921	0,955
22	0,826	0,814	0,806	0,802	0,897	0,869	0,932
23	0,743	0,714	0,734	0,697	0,865	0,780	0,889
24	0,638	0,586	0,583	0,577	0,817	0,691	0,837
25	0,526	0,446	0,456	0,478	0,782	0,601	0,773
26	0,430	0,342	0,354	0,399	0,722	0,493	0,699
27	0,338	0,246	0,276	0,283	0,643	0,393	0,620
28	0,245	0,174	0,204	0,210	0,583	0,318	0,524
29	0,195	0,128	0,162	0,149	0,508	0,250	0,446
30	0,158	0,105	0,125	0,111	0,437	0,194	0,374
31	0,123	0,091	0,088	0,090	0,361	0,161	0,317
32	0,094	0,070	0,065	0,076	0,302	0,130	0,269
33	0,078	0,056	0,056	0,061	0,250	0,105	0,235
34	0,072	0,049	0,051	0,055	0,210	0,088	0,210
35	0,061	0,044	0,042	0,050	0,163	0,075	0,187
36	0,057	0,032	0,032	0,032	0,135	0,068	0,167
37	0,047	0,032	0,023	0,029	0,111	0,062	0,144
38	0,041	0,030	0,021	0,029	0,083	0,055	0,122
39	0,036	0,025	0,021	0,015	0,083	0,052	0,105
40	0,034	0,023	0,019	0,012	0,072	0,048	0,092
41	0,029	0,021	0,014	0,009	0,072	0,040	0,081
42	0,029	0,021	0,014	0,009	0,072	0,038	0,078
43	0,028	0,021	0,012	0,006	0,064	0,035	0,075
44	0,024	0,018	0,012	0,006	0,064	0,034	0,073
45	0,023	0,016	0,007	0,006	0,064	0,030	0,066

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П13. Кумулятивные вероятности остаться незамужней к разным возрастам у женщин отдельных этносов Северного Кавказа 1949-58 г.р.

Возраст, лет	Аварцы	Даргинцы	Кумыки	Лезгины	Карачаевцы	Кабардинцы	Осетины
16	0,980	0,984	0,990	0,986	0,974	0,998	0,988
17	0,949	0,965	0,969	0,970	0,942	0,986	0,978
18	0,842	0,864	0,897	0,895	0,920	0,904	0,952
19	0,698	0,684	0,774	0,733	0,851	0,773	0,899
20	0,551	0,529	0,641	0,594	0,755	0,641	0,798
21	0,428	0,365	0,521	0,438	0,662	0,513	0,707
22	0,331	0,282	0,397	0,333	0,559	0,418	0,606
23	0,242	0,212	0,294	0,254	0,475	0,327	0,507
24	0,184	0,165	0,223	0,179	0,408	0,273	0,432
25	0,144	0,136	0,177	0,144	0,350	0,227	0,362
26	0,117	0,106	0,150	0,109	0,296	0,189	0,298
27	0,104	0,091	0,126	0,098	0,247	0,156	0,255
28	0,088	0,083	0,113	0,084	0,207	0,134	0,211
29	0,072	0,068	0,099	0,075	0,187	0,124	0,185
30	0,061	0,059	0,088	0,069	0,169	0,111	0,155
31	0,053	0,049	0,078	0,059	0,153	0,101	0,145
32	0,051	0,040	0,071	0,051	0,135	0,090	0,126
33	0,046	0,037	0,066	0,050	0,123	0,080	0,113
34	0,043	0,034	0,064	0,046	0,117	0,075	0,104
35	0,040	0,031	0,056	0,045	0,099	0,066	0,092

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П14. Кумулятивные вероятности остаться неженатым к разным возрастам у мужчин отдельных этносов Северного Кавказа 1949-58 г.р.

Возраст, лет	Аварцы	Даргинцы	Кумыки	Лезгины	Карачаевцы	Кабардинцы	Осетины
16	0,997	0,993	0,997	0,999	1,000	1,000	1,000
17	0,994	0,992	0,993	0,996	1,000	0,999	0,999
18	0,984	0,982	0,982	0,986	1,000	0,996	0,995
19	0,960	0,957	0,960	0,963	1,000	0,983	0,988
20	0,923	0,914	0,914	0,928	0,981	0,957	0,973
21	0,858	0,839	0,838	0,841	0,948	0,887	0,944
22	0,742	0,698	0,694	0,689	0,899	0,790	0,894
23	0,589	0,533	0,544	0,531	0,831	0,653	0,830
24	0,451	0,378	0,412	0,379	0,751	0,523	0,754
25	0,323	0,277	0,301	0,268	0,660	0,419	0,672
26	0,245	0,200	0,216	0,190	0,573	0,309	0,589
27	0,174	0,145	0,165	0,136	0,501	0,254	0,516
28	0,126	0,099	0,125	0,102	0,414	0,195	0,456
29	0,095	0,083	0,100	0,075	0,357	0,157	0,388
30	0,073	0,061	0,090	0,058	0,313	0,130	0,343
31	0,056	0,051	0,078	0,050	0,256	0,108	0,306
32	0,043	0,044	0,062	0,040	0,216	0,097	0,272
33	0,037	0,037	0,057	0,033	0,188	0,080	0,246
34	0,031	0,029	0,049	0,023	0,165	0,073	0,219
35	0,025	0,028	0,040	0,019	0,155	0,067	0,195

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П15. Кумулятивные вероятности остаться незамужней к разным возрастам у женщин отдельных этносов Северного Кавказа 1959-68 г.р.

Возраст, лет	Аварцы	Даргинцы	Кумыки	Лезгины	Карачаевцы	Кабардинцы	Осетины
16	0,986	0,993	0,993	0,998	0,990	0,999	0,998
17	0,965	0,980	0,977	0,988	0,982	0,993	0,988
18	0,884	0,912	0,930	0,930	0,946	0,920	0,962
19	0,747	0,787	0,827	0,801	0,900	0,791	0,918
20	0,611	0,641	0,692	0,654	0,824	0,654	0,830
21	0,488	0,491	0,565	0,521	0,730	0,526	0,729
22	0,382	0,370	0,435	0,402	0,656	0,431	0,635
23	0,310	0,291	0,345	0,307	0,574	0,345	0,538
24	0,253	0,218	0,278	0,230	0,495	0,295	0,465
25	0,214	0,180	0,234	0,192	0,426	0,246	0,399

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

Таблица П16. Кумулятивные вероятности остаться неженатым к разным возрастам у мужчин отдельных этносов Северного Кавказа 1959-68 г.р.

Возраст, лет	Аварцы	Даргинцы	Кумыки	Лезгины	Карачаевцы	Кабардинцы	Осетины
16	0,997	1,000	1,000	1,000	0,998	1,000	0,999
17	0,994	0,997	1,000	0,999	0,998	0,999	0,998
18	0,985	0,988	0,996	0,995	0,994	0,994	0,994
19	0,974	0,971	0,982	0,986	0,986	0,984	0,992
20	0,942	0,948	0,945	0,966	0,976	0,968	0,981
21	0,878	0,899	0,876	0,892	0,955	0,904	0,951
22	0,775	0,769	0,746	0,756	0,917	0,809	0,898
23	0,646	0,620	0,591	0,601	0,878	0,710	0,824
24	0,511	0,478	0,448	0,443	0,820	0,592	0,735
25	0,407	0,361	0,346	0,318	0,761	0,501	0,649

Источник: Рассчитано авторами по данным МП-94.

DEMOGRAPHIC MODERNIZATION AND AGE AT FIRST MARRIAGE OF PEOPLES OF THE NORTH CAUCASUS

KONSTANTIN KAZENIN, EVGENIJ SOROKO

The paper studies the dynamics of age at first marriage for indigenous peoples of the North Caucasus from the second half of the 20th through the early 21st century. We focus on interethnic differences in age at first marriage, attempting to assess them at different stages of the social modernization which took place in the North Caucasus from 1960 through the early 2000s and was mainly related to intensive urbanization. Using data from the 1994 Russian Microcensus, we compare the cumulative marriage rate at different ages for men and women of birth cohorts 1939-48, 1949-58 and 1959-68 of eleven peoples of the North Caucasus. It is noted that by the ages reached by two out of three of these cohorts at the time of the Microcensus, similar interethnic contrasts in timing of a first marriage are observed in different cohorts. The same 11 peoples are then compared in terms of the proportion of persons ever married in different age groups at the time of the 2010 Russian Population Census. It is demonstrated that the interethnic differences are nearly the same as for the studied cohorts. Furthermore, comparison of the singulate mean ages at marriage (SMAMs) at the time of the 1994 Microcensus and the 2010 census shows that for most peoples of the North Caucasus the age at marriage became higher, both for men and women, during that period. We conclude that, of the two processes commonly considered as elements of demographic modernization (increasing the age at which one gets married and decreasing inter-ethnic differences based on that age), only the first was actively pursued in the Northern Caucasus during the period under review. Possible explanations of the stability of interethnic differences are considered based on results of field studies.

Key words: age at first marriage, cohort analysis, North Caucasus, modernization, interethnic differences.

KONSTANTIN KAZENIN (kz@ranepa.ru), THE RUSSIAN PRESIDENTIAL ACADEMY OF NATIONAL ECONOMY AND PUBLIC ADMINISTRATION, RUSSIA.

EVGENIJ SOROKO (esoroko@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

THE ARTICLE REPLIES THE RESULTS OF THE RESEARCH CARRIED OUT BY K. KAZENIN IN THE FRAMEWORK OF THE STATE TASK OF THE RANEPА AND Y. SOROKO IN THE FRAMEWORK OF THE HSE PROGRAM OF FUNDAMENTAL RESEARCH.

DATE RECEIVED : FEBRUARY 2021.

REFERENCES

- Andreev E.M. (2012). O tochnosti rezul'tatov rossiyskikh perepisey naseleniya i stepeni doveriya k raznym istochnikam informatsii [On the accuracy of the results of Russian population censuses and the level of confidence in different sources of information]. *Voprosy statistiki* [Statistical issues], 11: 21-35. (In Russ.).
- Belozеров V.S. (2005). *Etnicheskaja karta Severnogo Kavkaza* [Ethnical map of the North Caucasus]. Moscow: O.G.I. (In Russ.).
- Bogojavlenskij D.D. (2012). Perepis 2010: etnicheskij srez [Census 2010: the ethnical aspect]. *Demoscope Weekly*, 531 - 532. (In Russ.). <http://demoscope.ru/weekly/2012/0531/index.php>
- Carmichael S. (2011). Marriage and power: Age at first marriage and spousal age gap in lesser developed countries. *The History of the Family*, 16(4), 416-436. <https://doi.org/10.1016/j.hisfam.2011.08.002>

- Crul M., Schneider J., Lelie F. (Eds.) (2012). *The European second generation compared: does the integration context matter?* Amsterdam: Amsterdam university press.
- Darskij E.L., Iljina I.P. (2000). *Brachnost' v Rossii: analiz tablic brachnosti* [Nuptiality in Russia: an analysis of nuptiality tables]. Moscow: Informatika. (In Russ.).
- Ediev D.M. (2003). *Demograficheskie poteri deportirovannykh narodov SSSR* [Demographic losses of deported peoples of the USSR]. Stavropol'. (In Russ.).
- Gruber S., Szołtysek M. (2012). *Quantifying Patriarchy: An Explorative Comparison of Two Joint Family Societies*. MPIDR Working Paper WP 2012-017, April 2012.
- Hajnal J (1982). Two kinds of preindustrial household formation systems. *Population and Development Review* 8(3): 449–494.
- Hajnal J. (1953). Age at Marriage and Proportions Marrying. *Population Studies*, 7, 111-132.
- Karpov Ju.Ju. (2001). *Zhenskoe prostranstvo v kul'ture narodov Kavkaza* [The female sphere in the culture of peoples of the Caucasus]. Saint-Petersburg: Peterburgskoe vostokovedenie. (In Russ.).
- Karpov Ju.Ju., Kapustina E.A. (2011). *Gorcy posle gor. Migracionnye processy v Dagestane v XX – nachale XXI veka: ih social'nye i kul'turnye posledstvija i perspektivy* [Mountaineers after mountains. Migration processes in Daghestan in the XX – beginning of the XXI centuries: their social and ethnocultural consequences and perspectives]. Saint-Petersburg: Peterburgskoe Vostkovedenie. (In Russ.).
- Kazenin K. (2019b). Migration of population of North Caucasus from the mountains to the valley: challenges of diversity. *Zhurnal issledovanij social'noj politiki* [Journal of social policy studies], 17(1), 23-38. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-1-23-38>
- Kazenin K. (2019a). Family traditionalism and age-specific nuptiality patterns: what does the example of Karachay-Cherkessia point to? *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], 6(3), 98-127. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i3.9857>
- Kazenin K.I., Kozlov V.A. (2016). Rejuvenation of the motherhood in Dagestan: a tendency or an artefact? (The preliminary results of the rural population survey). *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], 3(3), 100-123. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/demreview.v3i3.1748>
- Kazenin K.I., Kozlov V.A. (2017). Osobennosti brachno-reproduktivnogo povedenija naselenija v Respublike Dagestan: ikh prichiny i social'no-ekonomicheskie posledstvija [Special characteristics of nuptiality and fertility in Daghestan: their reasons and social-economic consequences]. *Vestnik Instituta ekonomiki RAN* [The Bulletin of the Institute for Economics, Russian Academy of Science], 2, 65-81. (In Russ.).
- Lerch M. (2013). Patriarchy and fertility in Albania. *Demographic Research*, 29, 133-166. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2013.29.6>
- Mason K.O. (1987). The Impact of Women's Social Position on Fertility in Developing Countries. *Sociological Forum*, 2(4), 718-745.
- Mkrtchyan N.V. (2019). Migracija na Severnom Kavkaze skvoz' prizmu nesovershennoj statistiki [Migration in the Northern Caucasus through the optics of imperfect statistics]. *Zhurnal issledovanij social'noj politiki* [Journal of social policy studies], 17(1), 7-22. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-1-7-22>

- Osmanov A.I. (2000). *Agrarnye preobrazovanija v Dagestane i pereselenie gorcev na ravninu (20-70-e gody 20 v.)* [Agrarian reforms in Daghestan and migration of mountaineers to the valley (1920-1970s)]. Makhachkala. (In Russ.).
- Parrado E.A. (2011). How High is Hispanic/Mexican Fertility in the United States? Immigration and Tempo Considerations. *Demography*, 48(3), 1059-1080. DOI: 10.1007/s13524-011-0045-0
- Pjankova A.I., Shtsherbakova E.M., Vasin S.A. (2018). Mikroperepisi naselenija Rossii: proshloe, nastojashchee i budushchee [Population microcensuses in Russia: past, present and future]. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], 5(2), 61-102. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/demreview.v5i2.7935>
- Shakhbanova M.M. (2008). Otnoshenie k mezhnacional'nym brakam v etnicheskom soznanii dagestancev [Attitude to multiethnic marriages in ethnic consciousness of Daghestanians]. *Sociologicheskie issledovanija* [Sociological studies], 11, 72-76. (In Russ.).
- Soroko E.L. (2018). Etnicheskij sostav naselenija i mezhetnicheskie braki v Rossii po dannym perepisej naselenija [Ethnic composition of population and interethnic marriages in Russia according to Censuses' results]. In S.V.Zakharov (Ed.). *Naselenie Rossii: dvadcat' chetvertyj ezhegodnyj demograficheskij doklad* [Population of Russia: the 24th annual demographic report]. Moscow: Publishing house of Higher School of Economics. (In Russ.).
- Starodubrovskaya I.V. (2019). The crisis of the North Caucasian traditional family in the post-Soviet period and its social consequences. *Zhurnal issledovanij social'noj politiki* [Journal of social policy studies], 17(1), 39-56. (In Russ.). <https://doi.org/10.17323/727-0634-2019-17-1-39-56>
- Szołtysek M. (2008). Three kinds of preindustrial household formation system in historical Eastern Europe: A challenge to spatial patterns of the European family. *The History of the Family*, 13, 223-257. <https://doi.org/10.1016/j.hisfam.2008.05.003>
- Tajsaev D.M. (2015). *Ethnogenez narodov Kavkaza* (Ethnogenesis of peoples of the Caucasus). Nal'chik: Izdatel'stvo Kotljarovykh. (In Russ.).
- United Nations (1990). Patterns of first marriage. Timing and prevalence. Department of International Economic and Social Affairs. ST/ESA/SER.R/111. New York.
- Yavuz S. (2004). Completing the fertility transition: Third birth developments by language groups in Turkey. *Demographic Research*, 15, 435-460. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2006.15.15>
- Zakharov S.V. (2018). Brachnaja struktura naselenija, zakljuchenie i prekrashchenie brakov v Rossii v svete rezul'tatov mikroperepisi naselenija 2015 g. [Marital structure of population, marriage and divorce in Russia in light of results of Microcensus-2015]. In S.V.Zakharov (Ed.). *Naselenie Rossii: dvadcat' chetvertyj ezhegodnyj demograficheskij doklad* (p. 99-159) [Population of Russia: the 24th annual demographic report]. Moscow: Publishing house of Higher School of Economics. (In Russ.).

ИСТОРИЯ ПОПУЛЯЦИОННОГО ЗДОРОВЬЯ

Рецензия на книгу «История здоровья населения: рост и падение заболеваемости в Европе»

ВАСИЛИЙ ВЛАСОВ

Рецензия на монографию Йохана Макенбаха, освещающего историю и механизмы формирования здоровья и долголетия популяций Европы в течение двух столетий.

Ключевые слова: история, демография, эпидемиология, заболеваемость, здоровье популяции.

Уведомление: Я годами сотрудничал с автором этой книги. При впечатляющем отсутствии у автора личного стремления к популярности и лидерству в общественном мнении его труды серьезны, производят на меня глубокое впечатление, которое отражается и в моем понимании этой книги. Кроме того, именно такую книгу я хотел бы когда-нибудь написать и теперь мне придется искать другой предпенсионный план. Надеюсь, что эти два мотива компенсируют друг друга и мои комментарии к книге будут объективными.

Необходимо начать с формата этой прекрасной книги. Она, объемом 442 страницы, воспринимается как компактная. Это есть следствие стройного изложения и продуманного деления текста на разделы удобной для читателя величины. Чтобы еще более облегчить задачу читателя, автор использовал редкий ныне прием – ссылки на литературу не отсылают вас в длинный список у задней обложки, а ведут в нижнюю сноску, где вы обнаруживаете не просто библиографическое описание, а еще и комментарий, который подсказывает, почему это важно и как дальше развивалась идея упомянутой книги/статьи и соответствующие дополнительные ссылки. В результате основной текст становится еще более компактным, поскольку примечания для читателя, знакомого с предметом, легко остаются за бортом, а для читателя неиспорченного служат прекрасным средством самообразования.

У этой книги будет много таких читателей – нуждающихся в кратком изложении дискуссий столетней или пятидесятилетней давности. Причина – междисциплинарный характер книги. Она ложится прежде всего на поле исследований здоровья популяций, но, поскольку на этом поле живут множество дисциплин, если не наук (демография, социология, менеджмент, история в разных ее ипостасях, антропология, медицина, эпидемиология, биология...), постольку почти каждый из представителей их найдет в книге нечто, дополняющее его представления об объекте исследования. Из этого вытекает и неизбежное использование отдельных концепций и терминов, которые в рамках одной из дисциплин воспринимаются как чуждые, а в другой выглядят добротным рабочим инструментом. Таково, например, использование «гендер» вместо «пол», не подходящее для большинства демографов.

Василий Викторович Власов (vlassov@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Статья поступила в редакцию в июле 2021 г.

Методология исследования ясна из названия книги: история изменений здоровья населения и, прежде всего, продолжительности жизни и причин смерти, используется для построения гипотез, точнее, непротиворечивой картины взаимодействия природных и социальных сил в их влиянии на здоровье и долголетие человека. Для этого нужно очертить надежную базу данных для исследования. Естественным образом оказывается, что такие данные ограничены в основном Европой и последними двумя столетиями. Иногда автор делает вылазки в более далекое прошлое и иные страны, но весьма деликатен в этом. Более того, автор намеренно пытается смотреть на «большую картину», избегая исследования «малых событий», справедливо предполагая, что таким образом удастся реже путать закономерное со случайным. Лишь во второй части книги, адресуясь к более современным и частным проблемам, автор меняет оптику, снижаясь к некоторой детализации, также справедливо полагая, что данные для этого времени более надежны.

Избранная и фактически единственная методология накладывает на автора и всех нас ограничения. Мы вынуждены в своих выводах опираться в основном на совпадения во времени, последовательности и корреляции, т. е. на видимые закономерности, которые в областях знания, где доступно экспериментирование, являются аргументами слабыми. Автор делает все для того, чтобы, используя доступные данные, лучшие из них, все же не попасть в ловушку правдоподобных суждений. Это не всегда удается. Одно из решений, принятых автором для защиты от возможных ошибок – отказ от любых манипуляций со шкалами в пользу представления данных только на линейной шкале и почти полный отказ от статистического моделирования. В результате в отдельных случаях, например при обсуждении кривой Престона, автор отрицает наличие зависимости там, где она наиболее сильна (в бедных странах) и была бы ясно видна при линеаризации на логарифмической шкале или при моделировании (рисунок 6)¹.

Частный пример с отказом от моделирования не должен создавать впечатления неточности или несбалансированности книги. Напротив, книга чрезвычайно стройна и безусловно стоит в ряду лучших трудов по общественному здоровью, демографии, эпидемиологии. При всем несовершенстве методов обсервационной эпидемиологии (так лучше всего можно охарактеризовать совокупность методов, используемых автором для анализа недавнего прошлого) автору удалось довольно убедительно показать роль отдельных технологий в преодолении волны распространения заболеваний. В другом случае показано, как страны, отстающие в прогрессе долголетия, догоняют передовые страны путем заимствования технологии. Таким образом, они получают по показателям состояния здоровья результаты лучше, чем соответствующие их уровню экономического развития.

Используемый инструментарий всегда накладывает отпечаток на получаемый результат и формирует мировоззрение исследователя. В этом смысле мы все ограничены тем, каким инструментарием мы владеем, и тем, какие концепции согласуются, увязываются с этим инструментом и получаемыми с его помощью результатами. Популяционное здоровье очевидным образом не та сфера, где обильны результаты, получаемые в контролируемых испытаниях. Однако при рассмотрении некоторых

¹ Здесь и далее – ссылки на рецензируемое издание.

изменений в заболеваемости и смертности мы выходим на вопросы, которые изучены в контролируемых испытаниях. И соответственно, обсуждая нарастающий инцидент и превалент злокачественных новообразований, мы можем не просто указать, что частично это объясняется как результат скрининга. Мы можем также утверждать, что при скрининге неизбежно имеет место гипердиагностика – выявление случаев целевого состояния, которые, будучи невыявленными, не привели бы к нежелательному исходу. Например, случаи медленно развивающихся опухолей. Конечно, таков результат скрининга не только в отношении опухолей. Автор не использует термин «гипердиагностика», но отмечает факт, это очевидное следствие скринингов. Поскольку автор не использует концепцию гипердиагностики, не возникает и вопрос о вредных последствиях скринингов. Более того, автор принимает за данное, что скрининги, в частности скрининг на рак молочной железы, увеличивают продолжительность жизни. Между тем для онкологических скринингов существуют данные рандомизированных контролируемых испытаний, показывающие вполне надежно, что ни один из них не приводит к увеличению продолжительности жизни. На мой взгляд, принятие за факт позитивного вклада скринингов в увеличение продолжительности жизни есть одно из последствий попытки построить максимально непротиворечивую картину.

С известной долей упрощения можно сказать, что наблюдение благоприятных изменений заболеваемости и смертности, параллельных с внедрением вмешательств, нацеленных на это, создает соблазн увязывать наблюдаемое в желанную и понятную причинно-следственную картину. Это не только следствие естественного желания сформулировать причинно-следственные отношения, но и естественное уважение к многолетним усилиям коллег, учителей, гигантов, работавших в сфере общественного здоровья. Некоторые из связей, казавшихся причинно-следственными и установленными надежно всего 40 лет назад, сегодня после значительных колебаний забыты и редко упоминаются (связь возникновения новообразований с психологическими особенностями людей, количеством жира в пище, с потреблением витаминов А и D, аналогичный ряд факторов риска применительно к сердечно-сосудистым заболеваниям). Другие продолжают находиться в поле современных дискуссий, хотя их роль в лучшем случае не выглядит значительной. Например, количество употребляемой с пищей соли в современных когортных исследованиях не выявляется как значимый фактор риска хронических заболеваний и продолжительности жизни. Автор же неоднократно упоминает изменение употребления соли в истории отдельных стран в связи особенностями их заболеваемости и смертности. Возможно, он прав. Возможно уже потому, что фактор, сыгравший свою роль при изменении диеты десятилетия назад в Португалии или Японии, не обязательно значим сегодня и потому не может быть выявлен в современном обществе с применением современных более эффективных дизайнов исследования. В этом смысле то, что современные исследования не выявляют существенного повышения риска хронических заболеваний и смертности у потребляющих больше соли и не обнаруживают пользы от ограничения потребления соли, не обязательно противоречит гипотезе о значении снижения потребления соли в прошлом.

В споре с Томасом Маккеоуном автор противостоит ему в оценке роли медицины в здоровье народов, высоко оценивая *cure* (излечение), а не *care* (уход, обеспечение благополучия). Пожалуй, утверждая возможности профилактики, автор занимает самую

экстремальную позицию (с.335): большая часть нынешних сердечно-сосудистых болезней, рака, травм и других проблем здоровья просто бы не наблюдались, если бы мы элиминировали их хорошо известные поведенческие и экологические детерминанты. С моих более скептических позиций я замечу, что даже применительно к коронарной болезни сердца, несмотря на 70 лет беспрецедентных усилий человечества, детерминанты, влияние на которые могло бы существенно, хотя бы вполовину, уменьшить ее убийственную силу, не найдены. Ситуация со злокачественными новообразованиями много более туманна.

Конечно, для того, чтобы утверждать, что вклад общественного здоровья в увеличение продолжительности жизни и ее качества велик, автору не нужно указывать на эффективность медицинских вмешательств, например на медицинские скрининги. Напротив, критический взгляд на результативность медицинской помощи мне видится более продуктивным. Хороший пример для этого – ишемический инсульт, довольно детально обсуждаемый на страницах книги. Автор приводит в качестве ключевого достижения в ведении пациентов с инсультом быстрое помещение их в специализированное отделение и тромболизис. Между тем в лучших контролируемых испытаниях показано, что тромболизис, рассматриваемый обычно как ключевое вмешательство, вокруг предоставления которого вся помощь организована, не приводит к снижению летальности в течение года, а в течение первого месяца приводит к увеличению летальности. Привлекательным результатом является увеличение доли пациентов, которые через год-два находятся в хорошем функциональном состоянии. Достигается ли это тромболизисом? Возможно, но эффективным оказывается именно комплексное вмешательство в специализированном отделении, включающее тромболизис, но не он сам по себе. То есть в значительной степени уход, реабилитация – care.

С примером инсульта связана еще одна особенность корреляционного анализа, в том числе применительно к России. Автор рассматривает периоды повышения смертности от инсульта в недавней российской истории в связи с известными факторами риска и ищет специфические объяснения. Другие авторы, впрочем, много раз делали это применительно к другим причинам смерти. Между тем эти периоды были периодами повышения смертности от всех причин и, соответственно, поиск причин должен нас приводить к причинам глобальным, путь к которым скорее указывает нам Маккеоун.

Естественно, автор субъективен, как ему и положено быть, в той мере, в какой он это понимает и полагает нужным. Естественно, в этой точке при несовпадении субъективностей у рецензента появляется желание с автором поспорить. Так срабатывает мой опыт жизни под советской властью. Мне кажется невозможным, отметив «глубочайшее падение продолжительности жизни на Украине в голод 1933 года» и зная об умерщвлении миллионов, после этого написать, что, «поскольку параллельно с репрессиями быстро шло улучшение общественного здоровья, постольку сбалансированное моральное суждение почти невозможно... стремление к улучшению здоровья иногда шло рука в руку с жестокими репрессиями. ... реформы русского общества в итоге спасли жизни миллионов». Полагаю, что большинство специалистов, изучающих советский период России, не согласятся с этим суждением. Думаю, что в процитированном сказывается не только принципиальная

слабость корреляционного анализа, но и дистанция до Воркуты. Эта моя «географическая» гипотеза подтверждается тем, что автор не затрудняется в моральной оценке реалий нацистской Германии, успехи которой в «социальной медицине» были бесподобны.

В отличие от многих других исследователей, автор не игнорирует проблемы восточной Европы, менее знакомые ему. Не могу не заметить, что, описывая голод в Нидерландах под немецкими оккупантами, автор упоминает о том, что частично он был вызван забастовкой железнодорожников – участников сопротивления. Но описывая голод в окруженном Ленинграде автор не упоминает о том, что из Ленинграда вывозили продовольствие в 1941 г. и что блокада никогда не была полной. Голод на Украине и в России в 1927-1933 гг. описывается как результат «засухи и катастрофической политики». Все советское время было несатытым. Однако в 1927-1930 гг. засухи на Украине не было. А голод был в 1931-1933 и не был связан с засухой, а почти полностью с изъятием продовольствия у крестьян. Впрочем, деталь, которая кажется важной и болезненной рецензенту, не обязательно важна или даже известна автору, который со всем почтением к памяти даже поместил в этой книге фотографию похоронной команды в Ленинграде. Сложные закоулки русской истории и политики трудно понять. Легко заметить часто упоминаемого «прогрессивного врача Николая Семашко», но тот факт, что он строил здравоохранение на классовых принципах, требовал ограничивать доступ к помощи бывшим правящим классам, сегодня редко упоминается и не замечен автором. Впрочем, достойно восхищения, что автор уделил много внимания России, находящейся на периферии изучаемого им региона и не отличающейся высоким качеством источников данных о здоровье и смертности в изучаемый период.

Я не сомневаюсь, что рецензируемая «История популяционного здоровья» должна занять свое место в списке литературы для студентов-демографов и эпидемиологов, и предполагаю, что она будет пользоваться успехом и вызывать живые дискуссии.

ЛИТЕРАТУРА

Mackenbach J.P. (2020). *A history of population health: rise and fall of disease in Europe*. Brill |Rodopi.

A HISTORY OF POPULATION HEALTH

Review of the book «A history of population health: rise and fall of disease in Europe»

VASILY VLASOV

A review of a monograph by Johan Mackenbach devoted to the history and mechanisms of the health and longevity of populations in Europe over two hundred years.

Key words: *history, demography, epidemiology, morbidity, population health.*

VASILY VLASOV (vvaslov@hse.ru), NATIONAL RESEARCH UNIVERSITY HIGHER SCHOOL OF ECONOMICS, RUSSIA.

DATE RECEIVED: JULY 2021.

REFERENCES

Mackenbach J.P. (2020). *A history of population health: rise and fall of disease in Europe*. Brill |Rodopi.