

Как уже отмечалось, в начале XX века уровень рождаемости в России был одним из самых высоких, зафиксированных когда-либо в крупной стране. Прошло сто лет, и Россия оказалась в числе стран с самой низкой в мире рождаемостью. Ее падение на протяжении столетия шло неравномерно, но было почти непрерывным.

Первые признаки снижения рождаемости появились уже в конце XIX века, но тогда они были едва заметны. Даже после Первой мировой и Гражданской войн какое-то время казалось, что все остается как было. Во время войны и разрухи рождалось, конечно, меньше детей, но к середине 20-х годов очень высокие довоенные показатели восстановились. И лишь с конца 20-х годов началось их стремительное падение, на этот раз уже необратимое, ибо оно было связано с быстрыми и глубокими изменениями в массовом прокреативном поведении. Понадобилось всего три-четыре десятилетия, чтобы пробежать путь, который на Западе занял столетия. На протяжении жизни всего двух-трех поколений россиян произошло поистине грандиозное падение рождаемости — она сократилась с 7,5 живорождений в среднем на одну женщину за всю ее жизнь в конце XIX века до 1,2 — в конце XX; с 7,2 ребенка в расчете на одну женщину из поколения, родившегося в конце 1860-х, до 1,6 для поколения, родившегося в конце 1960-х годов. Уже к концу 1950-х годов Россия, как и другие европейские республики СССР, по уровню рождаемости не отличалась от западных стран.

Однако количественные сдвиги, при всей их наглядности и значимости, далеко не исчерпывают смысла происходивших с рождаемостью перемен. Будучи одной из главных составляющих общемирового исторического процесса демографического перехода, эти перемены естественным образом вписываются в демографическую, а значит, и социальную модернизацию российского общества, служат одновременно и ее следствием, и одной из ее главных причин и движущих сил.

Вступая на путь общей модернизации, все страны достаточно быстро ощущают, что оправданное снижением смертности снижение рождаемости открывает небывалые возможности демографического, а вследствие этого, экономического и социального маневра. Высвобождается огромное количество социальной энергии, расходовавшееся прежде на вынашивание, выхаживание, воспитание большого числа детей, многие из которых погибали, не возместив даже части этих расходов. Перед обществом, перед семьей, перед каждым человеком открываются совершенно новые экономические и социальные возможности. Стоит ли удивляться, что все страны поспешили ими воспользоваться?

Разумеется, не преминуло встать на этот путь и советское общество, которое, может быть, больше, чем любое другое, всегда было озабочено тотальной мобилизацией всех появлявшихся в поле его зрения ресурсов — и человеческих в первую очередь. Форсированная индустриализация и стремительная урбанизация — ключевые процессы советской модернизации — сопровождалась массовым исходом населения

из деревни, разрушением традиционной крестьянской семьи, вовлечением женщин во внесемейное производство и, как следствие, распространением ограничения деторождения, быстрым уменьшением числа детей, которые теперь намного реже умирали и становились все более здоровыми и образованными.

Уже в 1920-е годы среди специалистов в СССР существовало ясное представление о снижении рождаемости как следствии «рационализации» воспроизводства населения. «Наблюдаемое повсюду уменьшение числа зачатий есть не что иное, как впервые наблюдаемый в истории человечества факт рационализации воспроизводства населения, совершаемый чисто стихийным путем и вызванный в большей своей части развитием интеллекта среди эксплуатируемых классов общества», — писал в 1923 году С. Томилин (1973а: 184). «У пролетариата, несмотря на в целом высокую рождаемость, происходит тот же процесс „рационализации“ деторождения, который далеко ушел в среде служащих и ныне начал охватывать крестьянство», — вторил ему А. Хоменко (1980б: 56).

Главный смысл такой «рационализации» как раз и заключается в том, что она позволяет снизить рождаемость, а стало быть, и ослабить давление «демографической необходимости», бремени демографических обязательств, лежавших на каждом человеке, на каждой семье и на всем обществе. Благодаря ей, расширяется *выбор общества*, а вслед за тем и *выбор индивида*. Это дает основания говорить о модернизации рождаемости как о совокупности системных изменений, затрагивающих очень многие стороны жизни людей и ни в коем случае не сводимых только к уменьшению числа рождаемых каждой женщиной детей, хотя это уменьшение, несомненно, очень важно.

Модернизация рождаемости — не просто переход от одной количественной модели рождаемости к другой. Она в то же время — и глубинное преобразование всей системы социокультурных регуляторов прокреативного поведения людей, а значит, и составная часть изменений принципов детерминации социального поведения вообще. «Внешняя» нормативная детерминация прокреативного поведения, множество жестких предписаний и запретов, практически не оставлявших человеку или семье никакой свободы выбора в вопросах производства потомства, уступают место «внутренней» детерминации, за которой стоит конкуренция многообразных и все время меняющих свой относительный вес потребностей каждого индивида и каждой отдельной семьи. В условиях такой конкуренции любой человек с развитыми потребностями постоянно оказывается перед необходимостью выбора, который он постоянно и делает — свободно, но ориентируясь на исповедуемую им систему ценностей. Однако это вовсе не значит, что свобода индивидуального выбора освобождает человека и его действия от социального контроля. Просто короткий поводок заменяется длинным.

Система приоритетов, которыми руководствуются, принимая то или иное решение, даже самые свободные люди, определяется не каждым из них в отдельности. Она складывается на групповом или социальном уровне в ходе коллективной деятельности и отражает общие, системные требования, вырабатывающиеся долговременной социальной практикой больших человеческих коллективов. Именно поэтому такая система приоритетов предопределяет достаточно однообразное поведение людей, которые, казалось бы, вполне могут вести себя

по-разному. Применительно к интересующему нас вопросу это значит, что если подавляющее большинство людей рождает одного или двух детей, то это и «нужно» обществу, диктующему такую систему предпочтений. Иными словами, за индивидуальным выбором большинства всегда стоит коллективный выбор. Поэтому якобы существующее противоречие индивида и «государства», о котором часто говорят, — не более чем миф. Если бы реальные — а не декларируемые — предпочтения государства, читай, стоящего за ним общества, были ориентированы на высокую рождаемость, то она и была бы высокой. Но ни общество, ни государство не свободны в выборе своих приоритетов.

Конечно, всегда есть критики, которые убеждены, что имеющаяся система социальных предпочтений не верна, и полагают, что знают потребности общества лучше, чем оно само. В случае с рождаемостью никогда не было недостатка в тех, кто очень ярко описывал пагубные для общества последствия ее слишком сильного снижения. Хорошо известна достаточно развитая пронаталистская аргументация, и, конечно, нельзя сказать, что она вовсе лишена смысла. Кто же будет отрицать, что снижение рождаемости, ведущее к убыли населения, совсем невыгодно для России, как, впрочем, и для многих других стран?

Но ведь и пронаталистам не вредно задаться вопросом, что станет с обществом, если оно захочет жить с иными приоритетами. Материальные, трудовые, духовные, эмоциональные ресурсы, сэкономленные на снижении рождаемости, не пропадают, они расходуются на другие нужды, которые представляются обществу более важными. От чего должна отказаться Россия, чтобы вывести на более высокое место на шкале ценностей многодетные семьи: от промышленного развития? от городского образа жизни? от образования? от военной мощи? от роста потребления? от улучшения жилищных условий? От разностороннего развития человека, каковым теперь признается и женщина? Все это — риторические вопросы. Страна постоянно делает свой выбор, и ни от чего этого она отказываться не желает, видимо, полагая, что все это ей «нужно».

Пронаталисты, критикующие сложившуюся систему приоритетов, выступают в качестве «лоббистов» более высокой рождаемости, и против этого трудно что-нибудь возразить. Но, судя по результату, лоббисты других общественных потребностей повсеместно оказываются более влиятельными и успешными, и, видимо, это связано не просто с тем, что они не учились у пронаталистских профессоров (которые в жизни обычно ведут себя, как все остальные люди, и очень редко бывают многодетными).

Разумеется, все эти констатации очевидного не означают *защиты* сложившейся в России (но то же можно сказать и о многих других странах) системы предпочтений. Такая защита вообще не дело исследователей, выбор приоритетов — область политики. Самое большее, что может сделать исследователь-демограф, — это выявить проблемную составляющую тех или иных тенденций, оценить серьезность вызова, на который придется отвечать обществу, и предостеречь его от упрощенного видения ситуации.

Что можно сказать в связи с этим о модернизации рождаемости? Высоко оценивая ее прогрессивный смысл как одной из главных составляющих общей модернизации, создавшей нас и наше современное общество, ее раскрепощающую роль, ее демократизирующие

последствия (она делает доступным большинству то, что раньше было уделом лишь очень немногих), ее никак нельзя рассматривать как наступление века вечного блаженства. Модернизация рождаемости несомненно увеличивает ресурсные возможности общества, делает его богаче. Но позволяя благодаря этому решить многие давние проблемы, она порождает новые, ставит человека, семью и общество перед новыми вызовами.

Эти вызовы многообразны, мы еще не раз обратимся к ним в этой книге, как и к тем выигрышам, которые несут всем нам перемены в рождаемости. Но прежде рассмотрим более подробно, как протекали эти модернизационные перемены в России в XX веке, какими историческими обстоятельствами они сопровождались, к каким результатам привели.

10.1 Сто лет падения рождаемости

Устойчивое падение рождаемости в России началось в самом конце XIX века, когда набрала силу развернувшаяся в стране после отмены в 1861 году крепостного права коренная ломка старой социальной, экономической и политической системы (Вишневский 1977). Как полагал С. Новосельский, «причиной понижения рождаемости в России являются: понижение детской смертности, понижение брачности, усилившаяся за последнее время эмиграция и, вероятно, прогрессирующее распространение среди населения практики искусственного предупреждения зачатий» (Новосельский 1978а: 127). Однако здесь речь идет, видимо, все же о ближайших, непосредственных (за исключением снижения детской смертности) причинах, за которыми стояли более общие сдвиги во всем строе русской жизни. Поначалу рождаемость снижалась медленно, ее уровень намного превосходил западноевропейский, и в объяснении нуждалось не столько снижение рождаемости, сколько то, что в начале XX века в России все еще сохранялся весьма высокий ее уровень. Давая объяснение высокой российской рождаемости, П. Милюков называл ее «биологической причиной... слабое развитие индивидуальности, экономической причиной — низкий уровень благосостояния и социальной — обособленность низшего общественного слоя и отсутствие надежды подняться выше своего положения» (Милюков 1918: 27).

Однако в это время рождаемость уже явно снижалась. Ее снижение, резко ускорившееся с конца 1920-х годов, продолжалось более ста лет, и сейчас уже можно подводить итог этой длительной и далеко не безболезненной трансформации.

Как известно, при анализе долговременных изменений рождаемости используются два типа показателей: «поперечные» — показатели для условных поколений и «продольные» — показатели для реальных поколений. Условное поколение женщин — это предполагаемое поколение, имеющее на протяжении всей своей репродуктивной жизни (с 15 до 50 лет) такие возрастные интенсивности деторождения, которые наблюдаются в действительности у разных поколений, одновременно живущих в году наблюдения. В свое время, в 1907 году, немецкий демограф Р. Кучинский предложил определять итоговую, или суммарную, рождаемость таких поколений (total fertility [Kuczynski 1982: 23]) как сумму возрастных коэффициентов рождаемости, оцениваемых ежегодно на основе текущего учета рождений и расчетной численности женщин в каждом возрастном интервале. Предложенный Кучинским показатель — total fertility rate, по-русски — показатель итоговой рождаемости, коэффициент суммарной рождаемости или (неточный перевод) суммарный коэффициент рождаемости — один из наиболее распространенных измерителей рождаемости, его оценки ежегодно публикуются в национальных и международных статистических справочниках.

К сожалению, смысл этого измерителя не так прост, как техника его получения. Взятый сам по себе, он остается всего лишь абстрактной математической величиной, не имеющей отношения к итоговой рождаемости любого из ныне живущих поколений матерей. Длительная неизменность возрастных интенсивностей рождаемости — теоретическое допущение, которое редко подтверждается на практике, особенно в периоды быстрых общих перемен. И хотя показатель итоговой рождаемости — весьма полезный инструмент анализа демографической конъюнктуры, при определенных условиях он способен вводить в заблуждение.

В отличие от условных, реальные поколения, или когорты женщин, родившихся в один и тот же период, существуют объективно. Для понимания долговременных изменений рождаемости показатели, относящиеся к реальным поколениям, намного ценнее тех, которые относятся к поколениям условным. Но зато эти показатели и получать намного труднее. Окончательно судить об итоговой рождаемости какого-либо поколения можно только после того, как его представительницы достигли 50 лет (условная верхняя граница репродуктивного возраста). Правда, при низкой рождаемости, когда большинство женщин завершает репродуктивную активность к 30–35 годам, достаточно надежно можно оценить итоговую рождаемость поколения женщин, достигших 35-летнего возраста. Скажем, судить об итоговой рождаемости россиянок, родившихся в 1980 году, мы сможем не раньше 2010–2015 года, того, что может быть известно о ней в 2000 или 2005 годах, еще недостаточно, чтобы делать какие-либо выводы. В 2000 году можно иметь исчерпывающие знания об итоговой рождаемости только тех женских когорт, которые родились не позднее 1950 года, и достаточно надежные (с ошибкой менее 10%) — об итоговой рождаемости когорт вплоть до 1965–1970 годов рождения. В любом случае, оценка делается задним числом. Практикуются два основных метода такой оценки.

Первый метод основан на массовых опросах населения о числе рожденных детей. Для когорт, еще не завершивших свою репродуктивную деятельность, фактически рожденное число детей, приходящееся в среднем на одну представительницу каждой когорты, дополняется соответствующей величиной ожидаемого числа детей, которое в среднем одна женщина данной когорты намеревается родить в будущем, — сведения об этом также получают в ходе массовых опросов. Этот метод активно использовался в отечественной практике¹.

В России с 1967 по 1994 год вопросы рождаемости как фактической, так и ожидаемой изучались в ходе 9 выборочных обследований, переписей и микропереписей населения. Программа такого изучения разрабатывалась в Отделе демографии НИИ ЦСУ СССР (впоследствии — Института статистики Госкомстата России), где эта работа была начата еще в конце 60-х по инициативе и под руководством Л. Дарского. Сами же опросы проводились ЦСУ СССР, затем Госкомстатом СССР в рамках бюджетных обследований населения. Позднее вопросы о числе рожденных детей в той или иной форме были включены в программу Всесоюзных переписей населения 1979 и 1989 годов и российской микропереписи 1994 года. Методика и особенности проведения всех указанных опросов достаточно

1

В нашей стране он впервые был использован Р. Сифман, которая, опираясь на данные репрезентативных выборочных опросов ЦСУ СССР 1960 и 1967–1968 годов, реконструировала эволюцию рождаемости реальных поколений 1890–1930 годов рождения применительно ко всему населению СССР (Сифман 1967: 88; Сифман 1974: 40–52). По мере поступления новых данных, полученных в ходе обследований, проведенных ЦСУ СССР в 1972, 1975, 1981 и 1985 годах, оценки итоговой рождаемости поколений корректировались и дополнялись (Белова, Бондарская, Дарский 1988: 41–43).

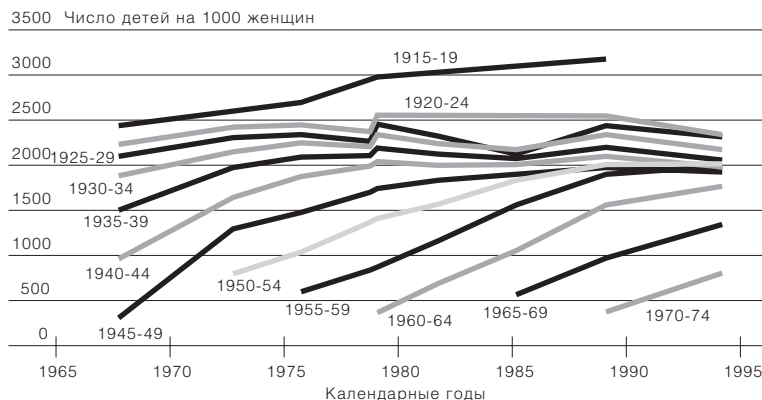
подробно описаны (Белова, Дарский 1972; Сколько детей 1977; Бондарская 1977; Белова, Бондарская, Дарский 1983: 12–24; Воспроизводство 1983: 183–185; Белова, Бондарская 1984; Белова, Бондарская, Дарский 1988: 41–77; Андреев, Бондарская 2000).

Обобщение материалов всех указанных опросов позволяет представить, как от поколения к поколению менялось прокреативное поведение населения России (рис. 10.1).

Несмотря на некоторую нестыковку данных, объясняющуюся разным составом опрашиваемых женщин, неполным совпадением методологии опросов да и их масштабов (при обследованиях 1972, 1975 и 1978 годов в СССР опрашивалось около 190 тыс. женщин, а при переписи населения 1989 года — свыше 36 млн.), все они рисуют в основном одну и ту же картину. Последнюю группу поколений, имевших более или менее высокую рождаемость (но уже, конечно, не такую высокую, как в начале века), составили женщины, родившиеся в 1915–1919 годах и вступившие в период наиболее активного деторождения во второй половине 30-х. У каждой последующей пятилетней группы поколений число рождений на графике все ближе прижимается к линии, соответствующей двум рождением на одну женщину. У женщин, родившихся в 1940–1944 годах (т.е. во время Второй мировой войны), после достижения ими 35–40-летнего возраста оно практически совпадает с этой линией. У трех следующих пятилетних групп женщин, появившихся на свет в 1945–1949, 1950–1954 и 1955–1959 годах, показатели итоговой рождаемости вплотную приближаются к ней, но уже снизу. Поколения женщин, родившиеся в первой половине 1960-х годов и имевшие в момент последнего замера (микрперепись 1994 года, во время которой на вопрос о числе детей отвечали 3 млн. женщин) возраст от 30 до 34 лет, до линии двух рождений уже явно не дотягивают.

Второй метод основан на использовании данных текущего учета рождений, распределенных по возрасту и/или году рождения матери. Перегруппировывая эти данные, относя их к соответствующим женским когортам и накапливая год за годом, можно получить итоговое число детей, рожденных каждой когортой к определенному возрасту.

Рисунок 10.1. Среднее число детей, рожденных к указанному календарному году замужними женщинами, принадлежащими к разным поколениям, Россия, поколения 1915–1974 годов рождения



В СССР этот метод использовала, в частности, В. Стешенко для восстановления данных о рождаемости женских когорт на Украине, начиная с когорты 1921–1922 годов рождения (Стешенко 1966). Применительно к СССР в целом некоторые оценки для пятилетних групп когорт, родившихся с 1905 по 1954 год, были сделаны Б. Урланисом (Урланис 1974: 94–100). Позднее подобные же оценки были выполнены для поколений, родившихся между 1939 и 1970 годами применительно ко всем республикам бывшего СССР, в том числе и для России (Вишневский и др. 1988: 54–67). В России, как, впрочем, и во многих других странах, использование этого метода затрудняется тем, что необходимые данные текущей статистики имеются лишь за сравнительно короткий период (в России — только с конца 1950-х годов). Поэтому на практике часто прибегают к комбинации обоих методов: при оценке рождаемости старших когорт отталкиваются от полученных в ходе массовых опросов (в идеале — при переписи населения) данных о числе фактически рожденных детей в когортах, а для более молодых используют данные текущей статистики. Для самых же молодых когорт, не достигших еще верхнего предела репродуктивного возраста и потому не завершивших свою репродуктивную деятельность, фактически рожденное число детей дополняется исходя из предположения, что возрастная функция рождаемости, наблюдаемая в момент расчета показателей, сохранится неизменной. Текущая статистика рождений позволяет ежегодно корректировать фактически рожденное и «ожидаемое» число детей по каждой когорте.

Такой «комбинированный» метод оценки итоговой рождаемости поколений принят в международной практике (Recent demographic developments 2000: 29). Он же был избран в качестве основного метода при систематической реконструкции приводимых в настоящем исследовании показателей рождаемости для реальных поколений российских женщин².

Эта реконструкция позволяет представить общую картину изменения итогового уровня рождаемости в России на всем протяжении демографического перехода для условных и реальных поколений женщин (табл. 10.1 и рис. 10.2).

Взглянув на рисунок 10.2, не трудно убедиться, что история рождаемости в России с конца XIX века — это история ее практически непрерывного снижения, первоначально обусловленного социально-экономическими переменами пореформенной эпохи. Двойное представление итоговой рождаемости — для реальных и для условных поколений — дает возможность проследить как общую траекторию снижения рождаемости, так и отклонения от ведущей тенденции, вызванные привходящими, временно действующими факторами. Среди последних выделяются резкие социальные потрясения (мировые и Гражданская войны, голод), а также попытки государственного воздействия на демографическое поведение людей (меры семейной политики в 1980-х годах).

В то же время между показателями для условных и реальных поколений нет никаких разногласий в том смысле, что и те и другие четко указывают как на начало демографического перехода в рождаемости, так и на достижение его заключительных этапов. Его активная фаза началась в первом десятилетии XX века — в нее были вовлечены поко-

² Реконструкция была выполнена С. Захаровым (Население России 1996: 42–46; Население России 1998: 142; Zakharov 2000: 299, 302, 315).

ления женщин, начиная с родившихся в 1880 году. Она подошла к завершению в 1960-е годы — первые постпереходные поколения женщин родились во второй половине 1930-х.

Таблица 10.1. Итоговая рождаемость реальных и условных женских поколений, Россия

| Годы рождения женщин | Итоговая рождаемость реальных поколений | Календарные годы* | Итоговая рождаемость условных поколений |
|----------------------|---|-------------------|---|
| 1841–1845 | 6,84 | | |
| 1846–1850 | 6,90 | | |
| 1851–1855 | 7,08 | | |
| 1856–1860 | 7,11 | | |
| 1861–1865 | 7,12 | | |
| 1866–1870 | 7,20 | 1896–1900 | 7,30 |
| 1871–1875 | 6,96 | 1901–1905 | 7,12 |
| 1876–1880 | 6,85 | 1906–1910 | 7,17 |
| 1881–1885 | 6,20 | 1911–1915 | 6,30 |
| 1886–1890 | 5,49 | 1916–1920 | 5,23 |
| 1891–1895 | 5,50 | 1921–1925 | 6,16 |
| 1896–1900 | 5,23 | 1926–1930 | 6,38 |
| 1901–1905 | 4,59 | 1931–1935 | 4,51 |
| 1906–1910 | 3,66 | 1936–1940 | 4,74 |
| 1911–1915 | 2,82 | 1941–1945 | 2,60 |
| 1916–1920 | 2,46 | 1946–1950 | 2,89 |
| 1921–1925 | 2,25 | 1951–1955 | 2,86 |
| 1926–1930 | 2,20 | 1956–1960 | 2,67 |
| 1931–1935 | 2,15 | 1961–1965 | 2,33 |
| 1936–1940 | 2,01 | 1966–1970 | 2,03 |
| 1941–1945 | 1,91 | 1971–1975 | 2,01 |
| 1946–1950 | 1,85 | 1976–1980 | 1,93 |
| 1951–1955 | 1,89 | 1981–1985 | 2,02 |
| 1956–1960 | 1,87 | 1986–1990 | 2,08 |
| 1961–1965 | 1,71** | 1991–1995 | 1,48 |
| 1966–1970 | 1,56** | 1996–2000 | 1,23 |

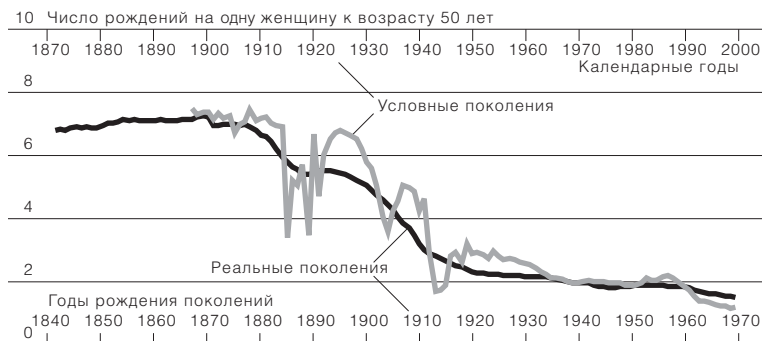
* Календарные годы соответствуют годам достижения возраста 30 лет

реальными когортами, указанными в левой части таблицы.

** Предварительная оценка.

Источники: Андреев, Дарский, Харькова 1998: 166; неопубликованные расчеты Е. Андреева (итоговая рождаемость для условных поколений); итоговая рождаемость для реальных поколений 1909–1970 годов рождения рассчитана С. Захаровым прямым методом на основе переписей населения 1979 и 1989 годов, дополненных специально обработанными данными текущего учета рождений; для поколений до 1909 года рождения применялся косвенный метод, использующий длинные ряды чисел родившихся и оценки дожития до среднего возраста матерей (Блюм, Захаров 1997).

Рисунок 10.2. Итоговая рождаемости реальных и условных поколений в течение демографического перехода в России, поколения 1841–1970 годов рождения, календарные годы 1897–2000



Как, с точки зрения перехода к низкой рождаемости, Россия выглядит на фоне других стран?

В таблице 10.2. приведены сведения о развитых странах, по которым имеется информация, позволяющая судить о допереходном уровне рождаемости и хронологических рамках его изменения.

Таблица 10.2. Хронологические рамки перехода к низкой рождаемости в России и некоторых других развитых странах

| | Коэффициент суммарной рождаемости (КСР) накануне перехода | Годы начала снижения рождаемости* | Годы, в которые КСР составлял 2,2 и ниже | Приблизительная длительность перехода, лет** | Коэффициент суммарной рождаемости, 1996–1999 |
|-------------------|---|-----------------------------------|--|--|--|
| Франция | 5,0 | 1800-е | 1915–1919 1929–1944 1974 и след. | 120 | 1,74 |
| Швеция | 4,7 | 1880-е | 1926–1942 1968 и след. | 50 | 1,53 |
| Англия и Уэльс | 4,9 | 1880-е | 1925–1949 1972 и след. | 50 | 1,73 |
| Бельгия | 4,8 | 1880-е | 1931–1945 1971 и след. | 50 | 1,60 |
| Дания | 4,5 | 1880-е | 1931–1941 1968 и след. | 50 | 1,74 |
| Латвия | 5,2 | 1880-е | 1931 и след. кроме 1970–1973 | 50 | 1,13 |
| Швейцария | 4,3 | 1880-е | 1926–1941 1969 и след. | 50 | 1,48 |
| Эстония | 5,5 | 1880-е | 1926 и след. | 50 | 1,25 |
| Венгрия | 5,9 | 1890-е | 1958 и след. кроме 1974–1976 | 70 | 1,37 |
| Западная Германия | 5,3 | 1890-е | 1926–1941 1969 и след. | 40 | 1,41 |
| Италия | 5,0 | 1890-е | 1975 и след. | 90 | 1,20 |
| Литва | 6,5 | 1890-е | 1965 и след. кроме 1970–1973 | 80 | 1,38 |
| Румыния | 6,5 | 1890-е | 1961–1966 1982–1984 1989 и след. | 70 | 1,31 |
| США (белые) | 4,5 | 1890-е | 1933–1939 1971 и след. | 50 | 2,05 |
| Австрия | 5,1 | 1900-е | 1930-е 1971 и след. | 30 | 1,36 |
| Белоруссия | 7,0 | 1900-е | 1974 и след. | 80 | 1,28 |
| Греция | 5,8 | 1900-е | 1980 и след. | 90 | 1,30 |
| Испания | 5,3 | 1900-е | 1980 и след. | 90 | 1,18 |
| Нидерланды | 5,3 | 1900-е | 1972 и след. | 80 | 1,59 |
| Норвегия | 4,7 | 1900-е | 1929–1942 1973 и след. | 40 | 1,85 |
| Польша | 6,3 | 1900-е | 1968 и след. | 80 | 1,48 |
| Россия | 7,5 | 1900-е | 1964 и след. | 70 | 1,23 |
| Сербия | 6,5 | 1900-е | 1977 и след. | 80 | 1,60 |
| Украина | 7,5 | 1900-е | 1960 и след. | 70 | 1,25 |
| Чехия | 5,5 | 1900-е | 1959 и след. кроме 1973–1979 | 60 | 1,16 |
| Болгария | 7,0 | 1910-е | 1958 и след. | 50 | 1,17 |
| Канада | 4,8 | 1910-е | 1971 и след. | 60 | 1,50 |
| Финляндия | 5,0 | 1910-е | 1968 и след. | 60 | 1,74 |
| Ирландия | 4,5 | 1920-е | 1988 и след. | 70 | 1,91 |
| Португалия | 5,5 | 1920-е | 1978 и след. | 60 | 1,46 |
| Япония | 5,3 | 1920-е | 1956 и след. | 30 | 1,40 |

* С точностью до одного десятилетия. В силу того, что мы опираемся на показатели общей итоговой рождаемости, наша дати-

ровка в некоторых случаях может расходиться с датами достижения 10% снижения брачной рождаемости, принятой в Принстонском

проекте по изучению снижения рождаемости в Европе (Coale, Watkins 1986).

** С округлением до десятилетия в большую сторону.

Переход к низкой рождаемости, порог которой мы условно определяем как 2,2 ребенка на одну женщину³, во Франции занял около 120 лет. Но другие страны двигались по уже проторенному пути, и в них переход занял вдвое меньше времени. Потребовалось два материнских поколения (40–60 календарных лет), чтобы достигнуть низкой

рождаемости в странах Северной и Западной Европы, в США и Канаде (Австрия уложились даже в 30 лет — период смены одного женского поколения), и три (70–90 лет) — в странах Южной и Восточной Европы. Япония вступила на путь снижения рождаемости сравнительно поздно — в 1930-х годах и вначале двигалась по нему довольно медленно. Но в послевоенный период она продемонстрировала очень быстрые темпы изменения норм прокреативного поведения и снижения рождаемости, так что в целом японский переход продолжался примерно три-четыре десятилетия.

Таким образом, несмотря на то, что исходный, «домодернизационный» уровень рождаемости в России был существенно выше, чем в большинстве стран Европы, Северной Америки и Японии, хронология российского перехода к низкой рождаемости и его продолжительность отнюдь не выглядят чем-то особенным на общем фоне.

Учитывая преимущественно монотонный характер динамики рождаемости в реальных поколениях, периодизация этого процесса сводится к периодизации изменения темпов ее снижения.

10.2 Первый этап ускоренного падения рождаемости (поколения 1878–1890 годов рождения)

Падение рождаемости в России началось позднее, чем в большинстве европейских стран, но раз начавшись, шло высокими темпами. Уже поколения матерей, родившихся в 1890-х годах, произвели на свет в среднем 5,5 ребенка (падение на 25% по сравнению с допереходным уровнем). Дополнительными катализаторами снижения выступили Русско-японская война, социально-политический и экономический кризисы 1905–1907 годов, а затем и Первая мировая война, переросшая в войну гражданскую, сопровождавшуюся голодом и эпидемиями. Влияние длительного социального кризиса четко прослеживается на кривой, описывающей динамику коэффициента суммарной рождаемости условного поколения. Самые глубокие провалы приходятся на 1915 и 1919 годы.

Достигнутый в эти годы минимум в 3,5 ребенка на одну женщину будет впоследствии повторен после голода 1933 года и перекрыт только во время Второй мировой войны (рис. 10.2).

Сравнение показателей рождаемости для реальных и условных поколений на этом этапе эволюции показывает различие продольной и поперечной «оптик» исследователя. Показатели для реальных поколений (продольный срез), во-первых, существенно ниже (если не считать пиковых «провальных» лет), а во-вторых, снижение их происходит более стабильно и монотонно⁴. Если опираться на показатели для условных поколений (поперечный срез), то можно даже сделать вывод, что в 1922–1926 годах был практически восстановлен уровень рождаемости, достигну-

4. Оценки итоговой рождаемости реальных поколений до 1920 года рождения получены косвенным методом из преобразованного ряда абсолютных чисел родившихся, в свою очередь, также реконструированного. В силу этого они сильно сглажены. Однако известно, что истинные показатели рождаемости реальных поколений, в силу их кумулятивного характера, не могут иметь сильных краткосрочных колебаний.

тый до Первой мировой войны. Показатели же для реальных поколений свидетельствуют о том, что если в некоторых когортах и было повышение рождаемости, то — на фоне отчетливо выраженной тенденции ее общего неуклонного снижения — едва заметное.

В этих различиях оценок нет ни противоречия, ни ошибки. Показатели для условного поколения на этапе быстрого снижения рождаемости в реальных поколениях всегда завышают истинный уровень рождаемости, поскольку в каждом из расчетных лет условная (синтетическая) когорта включает в себя и матерей, принадлежащих к старшим поколениям, для которых характерна более высокая рождаемость (высокие темпы формирования семьи), чем для младших, с новым, более низким уровнем рождаемости (замедляющиеся темпы формирования семьи). Иными словами, показатель итоговой рождаемости для синтетической когорты попросту не поспевает за действительным снижением рождаемости.

Кроме того, «повышенные» показатели итоговой рождаемости условных поколений в 1920-х годах связаны еще с одним свойством этих показателей, а именно с их зависимостью от календарных сдвигов рождений в реальных поколениях. Не случайно увеличение числа рождений в послевоенные периоды называют *компенсаторным* «повышением рождаемости». В такие периоды, по мере нормализации ситуации в стране, восстанавливаются прежние или заключаются отложенные браки, что в итоге приводит к интенсивной реализации отложенных рождений — дополнительно к тем рождениям, которым пришел их «обычный» срок. Внешне это проявляется как бурный рост чисел родившихся («бэби-бум»), что, однако, не означает обязательного повышения итоговой рождаемости в реальных поколениях, и, соответственно, увеличения конечного числа детей в семьях.

10.3

Второй этап ускоренного падения рождаемости
(поколения 1900–1920 годов рождения)

По темпам сокращения рождаемости этот период сопоставим с предыдущим. Однако длился он несколько дольше, в результате чего общее сокращение итоговой рождаемости поколений за период составило более 50% (с 5 детей на одну женщину, родившуюся в 1900 году, до 2,3 детей на женщину 1921 года рождения). Репродуктивная деятельность этих поколений пришлось на вторую половину 20-х, 30-е и 40-е годы — время, отмеченное такими историческими потрясениями как «Великий перелом» в деревне, повлекший за собой голод 1932–1933 годов, и Вторая мировая война. Эти катастрофы нашли отражение в обвальном падении показателей рождаемости для условных поколений. По оценке Е. Андреева, Л. Дарского и Т. Харьковской, коэффициент суммарной рождаемости в 1934 году составил 3,6 ребенка на одну женщину, в 1943–1944 годах — 1,7 (Андреев, Дарский, Харькова 1998: 164). Показатели, достигнутые в годы максимального падения, нужно сравнивать с теми, которые наблюдались накануне катастроф: 5,6 детей на одну женщину в 1931 году, 5,0 — в 1938 году.

По выходе из кризисов срабатывал уже знакомый нам механизм компенсации — реализация отложенных рождений, быстро поднимающая показатели рождаемости для условных поколений. Однако полного

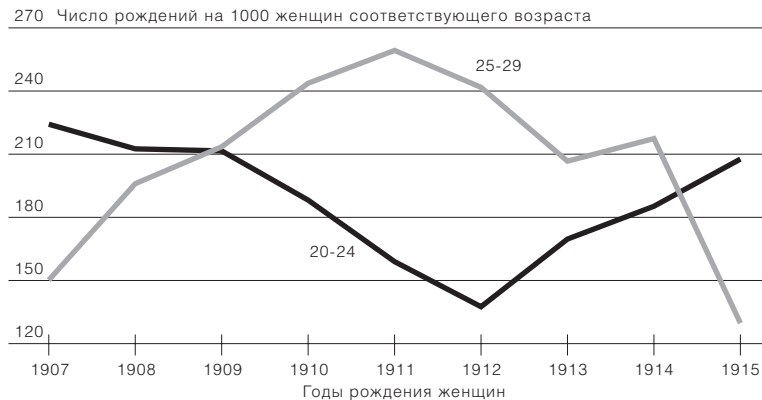
восстановления докризисного значения коэффициента суммарной рождаемости ни разу не произошло. Выход из кризиса в эти годы никогда не означал возврата к исходным условиям: стремительная урбанизация, переход огромных масс населения от сельских занятий к городским всякий раз порождали новые факторы ограничения рождаемости, и каждое последующее поколение матерей производило на свет все меньшее и меньшее количество детей. Кроме того, быстрое восстановление докризисных условий невозможно даже теоретически из-за кризисных изменений структурных характеристик населения. В частности, кризисное повышение смертности нарушает половозрастные соотношения, дестабилизирует положение на брачном рынке, приводит к росту овдовения. В результате шансы реализовать жизненные планы в отношении создания семьи и родительства ухудшаются.

Рисунок 10.3 показывает изменение коэффициентов рождаемости в возрасте 20–24 года и 25–29 лет для когорт матерей, родившихся в 1907–1915 годах. На эти возрастные группы в 1930-е годы приходилось более 40% всех рождений в возрасте от 15 до 50 лет в условных поколениях и более 50% — в реальных поколениях. Поколения 1907–1912 годов рождения входили в возрастную группу 20–24 года преимущественно в период «Великого перелома» и голода, а в возраст 25–29 лет — после кризиса, когда они наверстывали упущенное. Соответственно, у поколений, имевших низкую рождаемость в 20–24 года, — например, у поколений 1911–1912 годов рождения — она выросла, когда они перешли в следующую возрастную группу (25–29 лет). Напротив, у тех, у кого рождаемость была высока в 20–24 года, при переходе в следующую возрастную группу она резко понизилась — например, у поколения 1915 года рождения.

В результате накопленное число рождений к возрасту 30 лет у представленных поколений различается слабо, изменения не имеют четко выраженной тенденции, хотя итоговая рождаемость к возрасту 50 лет у этих поколений устойчиво снижается (табл. 10.3).

Иногда повышение конъюнктурных характеристик рождаемости в 1936–1938 годах объясняют принятием в 1936 году закона, запрещавшего производство искусственных абортов по желанию женщины (см. раздел 6.4.3.2). Вполне вероятно, что этой юридической нормой власть хотела «подправить» демографическую ситуацию, резко

Рисунок 10.3. Рождаемость в возрастных группах 20–24 года и 25–29 лет, Россия, когорты 1907–1915 годов рождения



ухудшившуюся в годы массовой коллективизации и голода. Не вызывает сомнения и то, что закон 1936 года, застигнув врасплох многих женщин, привел к некоторому повышению числа родившихся и других конъюнктурных показателей рождаемости, — зубцы 1937 года на кривых, характеризующих динамику возрастных коэффициентов рождаемости, отчетливо прослеживаются, особенно у женщин в возрастах наибольшей рождаемости (рис. 10.4).

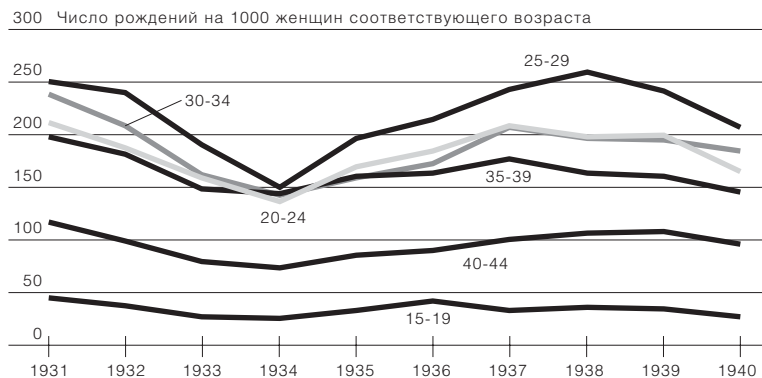
Таблица 10.3. Итоговая рождаемость женских поколений к 30 и к 50 годам, Россия, поколения 1907–1915 годов рождения, число детей на 1 женщину

| | Годы рождения женщин | | | | | | | | |
|------------|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1907 | 1908 | 1909 | 1910 | 1911 | 1912 | 1913 | 1914 | 1915 |
| К 30 годам | 2,1 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 2,3 | 2,1 | 2,1 | 2,2 | 1,9 |
| К 50 годам | 3,9 | 3,7 | 3,5 | 3,2 | 3,0 | 2,9 | 2,8 | 2,7 | 2,6 |

Не следует, однако, забывать, что введение закона об аборте совпало с периодом, когда число родившихся по мере преодоления последствий голода и без того должно было резко возрасти — согласно демографическому закону послекризисной компенсации. Трудно себе представить, чтобы социальные нормы в отношении числа детей в семье и индивидуальные репродуктивные установки за короткое время, фактически за 5 лет, изменились настолько, что отложенные дети, тем более первой и второй очередности, уже не могли появиться на свет. Скорее напротив, именно реализация отложенных рождений и, по крайней мере, частичное восстановление прежнего ритма формирования семей, а не закон об аборте сыграли главную роль в повышении показателей рождаемости условных поколений в предвоенные годы. Закон 1936 года мог несколько усилить компенсационную волну рождений, но не более того.

В то же время, следует подчеркнуть, что компенсационная волна, повышающая «поперечные» показатели рождаемости, — это отнюдь не свидетельство истинного роста рождаемости, якобы имевшего место во второй половине 1930-х годов и признававшегося (возможно, не без политической подоплеки) многими специалистами (Курс 1974: 359–360; Население 2000: 237–238; Исапов 2000: 106). Видимо, слишком большое значение придавал закону 1936 года и Б. Урланис: «Рост

Рисунок 10.4. Возрастные коэффициенты рождаемости, Россия, 1931–1940



рождаемости в 1936–1939 годах, — писал он, — объясняется отчасти запрещением аборт в 1936 году, отчасти же ростом контингентов женщин в возрасте самой высокой рождаемости» (Урланис 1968: 137, 169; Урланис 1976: 215; Урланис 1977: 12–13). Между тем, еще в начале 1980-х годов предвоенный рост рождаемости был поставлен под сомнение: «На самом деле... данные, относящиеся к реальным поколениям, не подтверждают факта повышения рождаемости в конце 30-х годов» (Воспроизводство 1983: 173).

10.4 Почему в России не было «бэби-бума»?

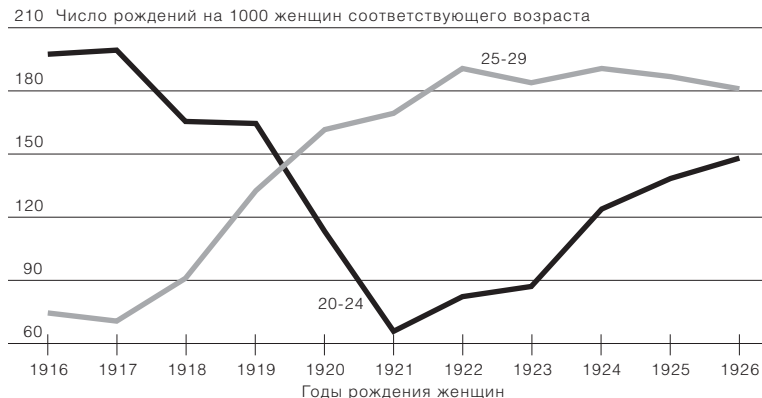
Справедливость закона послекризисной компенсации рождаемости снова подтвердилась после окончания Второй мировой войны, когда механизм переноса рождений из младшей возрастной группы матерей в старшую сработал в XX веке в третий раз.

Самой высокой рождаемости в возрасте 20–24 года достигли женщины, родившиеся в 1916–1919 годах, у всех остальных поколений она была ниже, у тех, кто родился в 1920–1923 годах и достиг 20-летнего возраста в 1940 году, накануне войны, — особенно низкой. Зато именно у этих, наиболее затронутых войной материнских поколений был достигнут намного более высокий, чем у всех предыдущих, уровень рождаемости в возрасте 25–29 лет. Это значит, что начиная с 1945 года, когда они начали перешагивать рубеж 25-летнего возраста, а война окончилась, они в какой-то мере наверстали упущенное, частично реализовав отложенные рождения (рис. 10.5). Показатели итоговой рождаемости реальных поколений, свободные от влияния изменений в календаре рождений, продолжали неуклонное снижение, но с явным замедлением темпов (табл. 10.4).

Таблица 10.4. Итоговая рождаемость женских поколений к 30 и к 50 годам (число детей на 1 женщину), Россия, поколения 1916–1924 годов рождения

| | Годы рождения женщин | | | | | | | | |
|------------|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1916 | 1917 | 1918 | 1919 | 1920 | 1921 | 1922 | 1923 | 1924 |
| К 30 годам | 1,5 | 1,5 | 1,4 | 1,5 | 1,5 | 1,4 | 1,5 | 1,6 | 1,6 |
| К 50 годам | 2,6 | 2,5 | 2,5 | 2,4 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2,2 |

Рисунок 10.5. Рождаемость в возрастных группах 20–24 года и 25–29 лет, Россия, когорты 1916–1926 годов рождения



В то же время сравнение с зарубежными странами показывает, что компенсаторное повышение рождаемости в России было небольшим, она практически не знала послевоенного «бэби-бума» и даже не восстановила своих предвоенных показателей. Правда, Россия и в этом не одинока — страны Южной Европы (Греция, Испания, Италия, Португалия, Югославия), а также Румыния, Германия и Япония тоже не вышли на предвоенный уровень.

Со странами Южной Европы, Румынией и Японией Россию роднит общность фазы демографического перехода, в которой находились страны накануне войны: показатель итоговой рождаемости 3–4 и более детей на одну женщину, наблюдавшийся в этих странах во второй половине 1930-х годов, — лишь промежуточный этап, который все страны при движении к желаемой модели «двухдетной» семьи преодолевают очень быстро. Достижение предвоенных показателей было мало реально и ввиду того, что война сильно нарушила половозрастные и брачные пропорции в населении. Огромные людские потери, вызвавшие половозрастные диспропорции и напряженность на брачном рынке, сближают также Россию с Германией, которая в основном завершила переход к низкой рождаемости еще во второй половине 1920-х годов.

В тех же странах, где компенсаторный рост показателей рождаемости был существенным (в 18 странах из 33 представленных в таблице 10.5), значения итоговой рождаемости для условных поколений превысили предвоенный уровень на 20–40%. После короткого спада в первой половине 1950-х большинство западноевропейских стран вновь продемонстрировало тенденцию к росту показателей рождаемости, что ознаменовало наступление особого периода в демографической истории — периода «бэби-бума», продолжавшегося до середины 1960-х годов. Для Австралии, Канады, США и Новой Зеландии «бэби-бум» стал непосредственным продолжением компенсаторного послевоенного роста рождаемости, и потому именно в этих странах рождаемость повысилась наиболее существенно.

Это повышение отразилось и на итоговой рождаемости реальных поколений, причем рост наблюдался иногда даже в тех странах, в которых показатели для условных поколений снижались (табл. 10.6). Наибольшую длительность «бэби-бум» имел в США и других неевропейских странах англо-саксонской культуры (Австралии, Новой Зеландии, Канаде), а также во Франции, в Великобритании, Норвегии (рост демонстрировали более 20 однолетних когорт с накопленным в итоге приростом 0,5–0,8 ребенка в расчет на одну женщину). Столь же продолжительный, но с меньшим итоговым результатом (0,2–0,3 ребенка на одну женщину) рост наблюдался в Дании, Западной Германии, Нидерландах, Швеции, Швейцарии. Едва заметно рост проявил себя в Испании, в других же странах Южной Европы — Греции, Италии и Португалии — «бэби-бум» не состоялся вообще. Не было его и в Японии.

Никакого роста рождаемости в терминах итоговой рождаемости реальных поколений не было и в России, как и в других странах Восточной Европы. Вслед за коротким компенсаторным подъемом конъюнктурных показателей в первое послевоенное пятилетие увеличения итоговой рождаемости реальных когорт не последовало.

Таблица 10.5. «Бэби-бум» в развитых странах, 1931–1950

| Страна | Коэффициент суммарной рождаемости | | | | | | Год достижения максимальной рождаемости |
|-------------------|-----------------------------------|-------------|------------|-------------|--|--|---|
| | 1931–1935 | 1936–1940 | 1941–1945 | 1946–1950 | 1946–1950 по сравнению с 1936–1940 (%) | Максимальное значение в период «Бэби-Бума» | |
| Австралия | 2,19 | 2,21 | 2,54 | 3,03 | 49,3 | 3,54 | 1961 |
| Австрия | 1,77 | 1,54 | 2,1 | 2,22 | 44,2 | 2,82 | 1963 |
| Франция | 2,16 | 2,07 | 2,11 | 2,99 | 44,0 | 2,9 | 1964 |
| США | 2,24 | 2,18 | 2,56 | 3,1 | 42,2 | 3,77 | 1957 |
| Норвегия | 1,91 | 1,86 | 2,21 | 2,61 | 40,3 | 2,98 | 1964 |
| Финляндия | 2,4 | 2,39 | 2,6 | 3,35 | 40,2 | – | – |
| Чехия | 2,26 | 2,1 | 2,4 | 2,94 | 40,0 | – | – |
| Новая Зеландия | 2,2 | 2,4 | 2,8 | 3,36 | 40,0 | 4,16 | 1961 |
| Швейцария | 1,91 | 1,8 | 2,38 | 2,51 | 39,4 | 2,67 | 1963 |
| Литва | 2,8 | 2,5 | ... | 3,4 | 36,0 | – | – |
| Нидерланды | 2,73 | 2,61 | 2,88 | 3,48 | 33,3 | 3,21 | 1961 |
| Англия и Уэльс | 1,79 | 1,8 | 2 | 2,4 | 33,3 | 2,94 | 1964 |
| Швеция | 1,77 | 1,82 | 2,35 | 2,42 | 33,0 | 2,48 | 1964 |
| Канада | 2,94 | 2,69 | 2,97 | 3,43 | 27,5 | 3,85 | 1959 |
| Дания | 2,15 | 2,17 | 2,64 | 2,75 | 26,7 | 2,64 | 1963 |
| Словакия | 3,1 | 2,7 | ... | 3,35 | 24,1 | – | – |
| Бельгия | 2,09 | 2 | 1,96 | 2,44 | 22,0 | 2,71 | 1964 |
| Ирландия | 3 | 2,92 | 2,9 | 3,46 | 18,5 | 4,07 | 1964 |
| Польша | 3,48 | 2,99 | 2,5 | 3,15 | 5,4 | – | – |
| Венгрия | 2,62 | 2,47 | 2,48 | 2,51 | 1,6 | – | – |
| Болгария | 3,63 | 2,92 | 2,74 | 2,91 | 0,0 | – | – |
| Япония | 4,65 | 4,12 | 3,94 | 4,06 | -1,5 | – | – |
| Греция | 3,75 | 3,3 | 2,5 | 3,2 | -3,0 | – | – |
| Испания | 3,5 | 2,77 | 2,73 | 2,68 | -3,2 | 3,01 | 1964 |
| Югославия | 4,3 | 3,7 | ... | 3,53 | -4,6 | – | – |
| Западная Германия | 1,84 | 2,24 | 1,9 | 2,07 | -7,6 | 2,55 | 1964 |
| Италия | 3,06 | 3 | 2,56 | 2,77 | -7,7 | 2,7 | 1964 |
| Португалия | 3,88 | 3,53 | 3,24 | 3,23 | -8,5 | – | – |
| Румыния | 4,2 | 3,71 | 2,7 | 3,13 | -15,6 | – | – |
| Украина | 3 | 3,67 | 2,8 | 2,5 | -31,9 | – | – |
| Россия | 4,51 | 4,74 | 2,6 | 2,89 | -39,0 | – | – |

Примечание: Страны ранжированы по величине прироста рождаемости между 1936–1940 и 1946–1950 годами. Курсивом выделены оценки, выполненные С. Захаровым.

Важно отметить, что в тех странах, где уровень рождаемости перед войной оставался еще высоким, «бэби-бум» был слабо выражен, вплоть до его полного отсутствия.

Главная демографическая причина столь значительного и относительно синхронного роста показателей рождаемости в странах Запада заключалась в изменении модели брачного поведения. Снижение возраста вступления в брак, повлекшее за собой и снижение среднего возраста родительства, было повсеместным, а в странах Западной и Северной Европы — более чем существенным (см. раздел 7.2.3). Одновременно происходило общее повышение брачности во всех возрастах, в результате чего доля окончательного безбрачия существенно снизилась. Среди поколений, родившихся в Западной Европе в 1930–1940-х и вступающих, соответственно, в брак в 1950–1960-х годах, доля окончательного безбрачия, в среднем, не достигала 10%. Никогда прежде в этой части Европы не была так велика доля женатого и замужнего населения.

Таблица 10.6. Итоговая рождаемость реальных поколений и ее изменение в некоторых странах, переживших «бэби-бум»

| | Год рождения когорт с уровнем рождаемости | | Число однопололетних когорт, повышавших рождаемость | Уровень итоговой рождаемости когорт | | Прирост рождаемости за период «бэби-бума» | |
|-------------------|---|--------------|---|-------------------------------------|--------------|---|-------------------|
| | минимальным | максимальным | | минимальный | максимальный | абсолютный (рождения на одну женщину) | относительный (%) |
| США (белые) | 1911 | 1932 | 22 | 2,26 | 3,08 | 0,82 | 36,3 |
| Франция | 1896 | 1930 | 34 | 1,97 | 2,61 | 0,64 | 32,5 |
| Австралия | 1901–1910 | 1931–1940 | 20–30 | 2,33 | 3,07 | 0,74 | 31,8 |
| Англия и Уэльс | 1908 | 1936 | 28 | 1,81 | 2,38 | 0,57 | 31,5 |
| Норвегия | 1907 | 1934 | 27 | 2,01 | 2,48 | 0,47 | 23,4 |
| Швеция | 1905 | 1935 | 30 | 1,84 | 2,13 | 0,29 | 15,8 |
| Швейцария | 1903 | 1921 | 18 | 1,98 | 2,23 | 0,25 | 12,6 |
| Бельгия | 1910–1911 | 1930–1931 | 20 | 2,19 | 2,41 | 0,22 | 10,0 |
| Финляндия | 1907 | 1921 | 14 | 2,4 | 2,63 | 0,23 | 9,5 |
| Дания | 1906 | 1931 | 25 | 2,18 | 2,37 | 0,19 | 8,7 |
| Испания | 1920 | 1936 | 16 | 2,51 | 2,7 | 0,19 | 7,6 |
| Западная Германия | 1906 | 1933 | 27 | 2,06 | 2,2 | 0,14 | 6,4 |
| Нидерланды | 1906 | 1917 | 11 | 2,79 | 2,96 | 0,17 | 6,1 |

Примечание: Страны ранжированы по величине относительного прироста рождаемости.

Источники: Bourgeois-Pichat 1986: 11; Festy 1979: 127, 164; для Австралии – оценки С. Захарова.

Изменения в брачности с соответствующими подвижками в сторону омоложения рождаемости объясняют, почему показатели рождаемости для условных поколений (для календарных лет) стали много выше, чем реальный уровень рождаемости, фиксируемый для когорт по году рождения (ср. максимальный уровень итоговой рождаемости в табл. 10.4 и 10.5). Быстрое омоложение рождаемости объясняет также и более значительный относительный и абсолютный прирост показателей итоговой рождаемости условных поколений. Повышение доли женщин, состоящих в браке в репродуктивном возрасте, способно объяснить и рост рождаемости реальных когорт. К примеру, в Австралии 63% роста рождаемости в поколениях женщин, родившихся между 1901–1906 и 1931–1936 годами, было обеспечено увеличением возрастных показателей доли состоящих в браке (Preston 1986: 30–31).

Однако изменения в брачности в то время происходили все же не во всех развитых странах, а в некоторых случаях имели и противоположное направление. Так, в Японии брачность интенсивно падала, значительно усиливая тенденцию сокращения рождаемости (Там же, 32). Снижение брачного возраста в Южной Европе (в Греции, Испании, Италии, Португалии) произошло не в 1950–1960-х годах, как во многих странах Западной Европы и за океаном, а на десять-пятнадцать лет позже (Miñoz-Pérez 1989: 272).

Хотя средний возраст женихов и невест снизился и в странах Восточной Европы (Sardon 1991: 547–598), и в России, резервы для его снижения здесь были не столь большими, как в других развитых странах (см. раздел 7.2.3). Общая интенсивность заключения браков в восточноевропейских странах, будучи существенно более высокой, чем на Западе, также не имела больших резервов для увеличения. Кроме того, известно, что в России в тот период, когда на Западе разворачивался

«бэби-бум», существенное негативное воздействие на рождаемость оказывала огромная диспропорция полов, вызванная войной и снижавшая вероятность вступить в брак (Воспроизводство 1983: 163–167).

Итак, в одних странах тенденции брачности и брачная структура оказывали положительное влияние на рождаемость, в других — влияние этого фактора было более или менее нейтральным, а в России, Японии и еще нескольких странах — отрицательным. Соответственно, мы имеем и разную картину динамики рождаемости — «бэби-бум» был далеко не повсеместным явлением в развитом мире.

В то же время объяснение феномена «бэби-бума», основанное только на анализе тенденций брачности, будет явно недостаточным.

Во-первых, в странах, где наблюдался рост рождаемости в реальных поколениях, происходил и рост рождаемости в брачных когортах, правда, с несколько меньшим результатом⁵. Во-вторых, нуждается в объяснении и сам факт повышения брачности. Почему вдруг в 1950–1960-х годах одновременно во многих странах так возросла тяга людей к семейной жизни (французский демограф П. Фести назвал этот период демографической истории «золотым веком семьи» [Festy 1980: 311–315])?

Несмотря на то, что дискуссия о причинах и последствиях «бэби-бума» продолжается, к сегодняшнему дню имеется немало аргументов, позволяющих утверждать, что никем до этого не ожидавшийся рост брачности и рождаемости⁶ имеет логичные объяснения.

Американский демограф Р. Истерлин обратил внимание на тот факт, что поколения родителей, ответственных за бум рождаемости, были малочисленными, так как родились в период экономического кризиса и депрессии во второй половине 1920-х — первой половине 1930-х годов (Easterlin 1966; Easterlin 1968; Easterlin 1975: 54–63). Относительно малый размер этих когорт способствовал более успешной занятости и вертикальной социальной мобильности их представителей в условиях отсутствия конкурентного давления на рынках труда, тем более что и сама экономика в большинстве стран в то время переживала мощный и устойчивый подъем. В рассматриваемый период сложилась редкая ситуация, когда быстро растущие доходы молодежи, только начинающей трудовую жизнь, были сопоставимы с доходами их родителей. Молодые поколения, прошедшие социализацию в труднейшие годы экономической депрессии и войны и изначально имевшие весьма умеренные социальные ожидания, субъективно воспринимали открывшиеся возможности роста доходов и улучшения условий жизни как чрезвычайно благоприятные для формирования семей в раннем возрасте (Easterlin 1976: 417–425).

К тому же речь идет о поколениях, которым достались в наследство от прошлой эпохи еще до конца не преодоленные к середине XX века нормы и ценности традиционной семьи с ее четким разделением половозрастных ролей, равно как и традиционные взгляды на гендерные отношения в обществе. Говоря о периоде «бэби-бума» как «золотом веке семьи», следует иметь в виду, что речь идет о «золотом

5

Если опираться на показатель итоговой рождаемости для реальных поколений женщин независимо от их брачного состояния, то прирост рождаемости в расчете на одну женщину за период «бэби-бума», например, во Франции составил 0,64 ребенка, в Англии и Уэльсе — 0,57, для белых женщин США — 0,82 (табл. 10.6). Если же рассчитать показатель итоговой рождаемости для женщин когда-либо состоящих в браке, то для тех же реальных поколений будем иметь прирост рождаемости в расчете на одну женщину во Франции — 0,57, в Англии и Уэльсе — 0,41, для белых женщин США — 0,79. Чем ближе по своему значению две оценки, полученные для каждой страны, тем большее значение в приросте итоговой рождаемости реальных поколений имело увеличение брачной рождаемости, и, соответственно, меньшую роль играло уменьшение окончательного безбрачия (Lesthaeghe, Surkyn 1988: 33–34).

6

Прогноз, подготовленный ведущими демографами для Лиги наций, опирался на тенденции 1920–1930-х годов и предполагал ускоренное падение рождаемости в послевоенное время (Notestein et al. 1944). Крайний пессимизм демонстрировали А. Ландри и многие другие.

веке» уходящей в прошлое *традиционной* модели семьи, о ее финальной стадии развития. Радикально снизившаяся смертность, благоприятный экономический и социально-психологический климат в сочетании со специфическим демографическим балансом между поколениями создали уникальные исторические условия для завершения демографического перехода — реального достижения на массовом уровне желаемой модели двухдетной семьи. Именно увеличение вероятности рождения второго ребенка было ключевым в приросте итогового рождаемости поколений, затронутых «бэби-бумом».

Однако именно в это время были посеяны и семена окончательного разрушения прежних основ социального регулирования рождаемости, связанного с традиционными представлениями об образе идеальной семьи. Происходившие одновременно экономические, социальные и демографические изменения привели к резкому росту ожиданий входивших в жизнь новых поколений, особенно их женской части, всегда больше зависевшей от традиционных семейных установок. Усиливается стремление женщин к более высокому уровню образования, экономической независимости, занятости вне семьи, что неизбежно приводит к формированию политических движений за женские права во всех сферах. Повышаются и притязания мужчин и женщин к качеству их семейной жизни. Именно поколения родителей «бэби-бумеров» сформулировали принцип: «хороший развод лучше плохого брака». Сексуальная революция, развернувшаяся во всю силу к концу «бэби-бума», носила характер своеобразного бунта молодежи против засилья традиционной морали и была прежде всего женской революцией, направленной на освобождение женской сексуальности в соответствии с общим принципом социального равенства (Кон 2002: 27–28).

На пике «бэби-бума» во всех странах активизировались общественные движения за либерализацию аборта по желанию женщины, резко возрос спрос на эффективные средства и методы контрацепции, в первую очередь на те из них, которые не связаны с коитусом (гормональные пилюли, внутриматочные средства, стерилизация)⁷. Вторая половина 1960-х годов в западных странах оказалась переломной с точки зрения распространения на практике идей эффективного планирования семьи (контрацептивная революция). Последовавшее снижение рождаемости (*baby bust*) по крайней мере отчасти было связано с эффективным устранением нежеланных беременностей и родов.

В конечном счете, «бэби-бум» оказался кратковременным и, на первый взгляд, выглядел как возвратное движение к традиционным семейным ценностям, а на самом деле лишь подготовил их новое оттеснение.

А что же Россия? Почему она не знала даже этого краткого роста рождаемости? Почему малочисленные поколения, ощутившие, правда с опозданием, благоприятную психологическую обстановку постсталинской «оттепели», оказавшиеся в несколько сходных с западными условиях экономического роста, повышения уровня жизни, массового жилищного строительства, не породили российского «бэби-бума»?

Если коротко сформулировать ответ, то он будет таким: в России в этот период еще в значительной степени преобладали модернизацион-

7

Преобладание в прошлом низкоконтрацептивных техник регулирования рождений, связанных с коитусом (прерванный половой акт, календарные методы, барьерные средства, в том числе презервативы), требовали высокой согласованной мотивации обоих партнеров при сохранении высокого риска ошибки, зачастую ставящего под сомнение рациональность использования этих средств вообще.

ные слагаемые процесса, задававшие нисходящую тенденцию рождаемости. В довоенное время Россия находилась на более раннем этапе демографического перехода, да и другие модернизационные процессы в ней еще только набирали силу. В частности, только в 1950–1960-х годах она вступила в завершающую стадию урбанизации. Более высокая, чем в западных странах, рождаемость в 1930–1950-х годах в России поддерживалась почти исключительно сельскими жителями (табл. 10.7), которые, к тому же, все еще составляли большинство населения (лишь в конце 1950-х годов в России доля городского населения превысила долю сельского). Массовая миграция сельских жителей в города и перемены в советской деревне в послесталинское время ускорили снижение рождаемости на селе и во всем населении страны в целом.

Таблица 10.7. Итоговая рождаемость женских поколений в городском и сельском населении России, поколения 1909–1953 годов рождения

| Год рождения женщины | Все население | В том числе | |
|----------------------|---------------|-------------|----------|
| | | городское | сельское |
| 1909–1913 | 2,95 | 2,67 | 3,35 |
| 1914–1918 | 2,59 | 2,32 | 3,01 |
| 1919–1923 | 2,27 | 1,96 | 2,82 |
| 1924–1928 | 2,22 | 1,89 | 2,88 |
| 1929–1933 | 2,18 | 1,82 | 2,89 |
| 1934–1938 | 2,08 | 1,75 | 2,81 |
| 1939–1943 | 1,96 | 1,70 | 2,61 |
| 1944–1948 | 1,84 | 1,65 | 2,42 |
| 1949–1953 | 1,89 | 1,73 | 2,41 |

Рассчитано по: Zakharov 1999: 315.

Кроме того, в России был достигнут очень высокий, неизвестный западным странам уровень женской занятости, что всячески поддерживалось идеологическими установками, но в действительности, вероятно, в решающей степени было предопределено огромными мужскими потерями в катастрофах первой половины века. В послевоенное время сокращения женской занятости — подобно тому, как это имело место в западных странах, — не произошло, напротив, она продолжала увеличиваться, ускоряя трансформацию семьи и снижение рождаемости.

10.5

Этап замедляющегося снижения и стабилизации рождаемости (поколения 1921–1960 годов рождения)

Формирование семей и репродуктивная деятельность этих поколений происходили в послевоенный период, вплоть до начала 1990-х годов. Итоговая рождаемость реальных поколений составила 2,2–2,3 ребенка в расчете на одну женщину у когорт, родившихся в начале 1920-х годов, и 1,8–1,9 — у когорт, родившихся в начале 1960-х. Рождаемость достигла минимума у когорт 1946–1947 годов рождения (1,83 ребенка), а затем, после небольшого увеличения, практически стабилизировалась.

Сопоставим эти оценки с результатами других исследований. Как уже упоминалось, в литературе есть соответствующие оценки для Украины, где уровни и тенденции рождаемости все время были очень близки к российским. Согласно этим оценкам, украинские женщины, родившиеся в 1921–1923 годах, к возрасту 40 лет родили, в среднем, 1,87 ребенка (Стешенко 1966: 124). Приведенные ранее (табл. 10.1)

оценки для поколений россиянок, появившихся на свет в 1921–1925 годах, — 2,25 ребенка на одну женщину 1921–1925 годов рождения (правда, к возрасту 50 лет, но это не может сильно влиять на результат), — выше, чем для украинок, что нетрудно объяснить: Украина гораздо больше была затронута войной, вся ее территория была оккупирована, а как раз во время войны поколения начала 1920-х годов вступили в возраст наиболее высокой рождаемости. Число детей у последующих поколений украинок было более высоким, а отличие от россиянок — меньшим. Так, у поколений украинских женщин 1926–1930 годов рождения уже к возрасту 30 лет родилось на 0,24–0,34 ребенка больше, чем у поколений 1921–1922 годов рождения. Достаточно этой разнице сохраниться к возрасту 40 лет, чтобы итоговая рождаемость указанных поколений украинок поднялась до 2,1–2,2, т.е. практически до того же уровня, что и у соответствующих поколений российских женщин. Точно так же близки к нашим оценкам и результаты более поздних исследований рождаемости у поколений, появившихся на свет во второй половине 1940-х годов (1946–1950): 1,85 для россиянок (табл. 10.1); 1,81 для россиянок и 1,87 для жительниц Украины (Вишневецкий и др. 1988: 60).

Все эти оценки показывают, что поколения женщин, родившихся в России по крайней мере после 1920 года, не знали массовой высокой рождаемости традиционного типа. На долю же поколений, родившихся после войны, выпала историческая роль завершить демографический переход от высокой рождаемости к низкой. Показатели рождаемости условных и реальных поколений быстро сближаются и становятся практически одинаковыми, что свидетельствует о завершении переходных процессов и отсутствии резких изменений в календаре рождений. Поколения «детей» формируют свои семьи по образу и подобию поколений своих «матерей» — итоговая рождаемость поколений, разделенных 30 годами (примерная величина длины поколения), различается мало. Если при переходе от родительских поколений 1881–1905 годов рождения к поколениям детей 1911–1935 годов рождения число детей на одну женщину упало более чем вдвое, то при переходе от поколений 1916–1920 годов рождения к поколениям 1946–1950 годов снижение рождаемости составило всего около 25% — подобное соотношение наблюдалось в последний раз между поколениями 1856–1865 и 1886–1895 годов рождения (табл. 10.8).

В качестве наиболее распространенной модели семьи утверждает двухдетная семья.

Этот исторический этап эволюции рождаемости интересен еще и тем, что государство вновь проявило беспокойство по поводу низкой рождаемости, не обеспечивающей роста населения в долгосрочной перспективе. Начиная с 1981 года, поэтапно, в течение нескольких лет, правительство вводит в действие систему социальных льгот и пособий семьям с детьми. Ключевой мерой, имевшей демографические последствия, стало введение — впервые в российской практике — отпусков для матерей по уходу за маленьким ребенком с сохранением рабочего места и непрерывного стажа работы: частично оплачиваемого отпуска до достижения ребенком возраста 1 год (1981–1983), продленного до 1,5 года (1989–1990), неоплачиваемого отпуска до достижения ребенком 3 лет, а также увеличение отпуска по беременности и родам («декретный отпуск»). Тогда возможностью уйти в отпуск по уходу за ребенком воспользоваться подавляющее большинство женщин, имевших

Таблица 10.8. Соотношение уровней итоговой рождаемости в дочерних и материнских поколениях*, Россия

| Годы рождения | | Итоговая рождаемость | | Отношение рождаемости когорты «дочерей» к когортам «матерей» |
|------------------|------------------|----------------------|------------------|--|
| когорт «матерей» | когорт «дочерей» | когорт «матерей» | когорт «дочерей» | |
| 1841–1845 | 1871–1875 | 6,84 | 6,96 | 1,017 |
| 1846–1850 | 1876–1880 | 6,90 | 6,85 | 0,993 |
| 1851–1855 | 1881–1885 | 7,08 | 6,20 | 0,876 |
| 1856–1860 | 1886–1890 | 7,11 | 5,49 | 0,772 |
| 1861–1865 | 1891–1895 | 7,12 | 5,50 | 0,772 |
| 1866–1870 | 1896–1900 | 7,20 | 5,23 | 0,726 |
| 1871–1875 | 1901–1905 | 6,96 | 4,59 | 0,659 |
| 1876–1880 | 1906–1910 | 6,85 | 3,66 | 0,534 |
| 1881–1885 | 1911–1915 | 6,20 | 2,82 | 0,455 |
| 1886–1890 | 1916–1920 | 5,49 | 2,46 | 0,448 |
| 1891–1895 | 1921–1925 | 5,50 | 2,25 | 0,409 |
| 1896–1900 | 1926–1930 | 5,23 | 2,20 | 0,421 |
| 1901–1905 | 1931–1935 | 4,59 | 2,15 | 0,468 |
| 1906–1910 | 1936–1940 | 3,66 | 2,01 | 0,549 |
| 1911–1915 | 1941–1945 | 2,82 | 1,91 | 0,677 |
| 1916–1920 | 1946–1950 | 2,46 | 1,85 | 0,752 |
| 1921–1925 | 1951–1955 | 2,25 | 1,89 | 0,840 |
| 1926–1930 | 1956–1960 | 2,20 | 1,87 | 0,850 |
| 1931–1935 | 1961–1965 | 2,15 | 1,71 | 0,795 |
| 1936–1940 | 1966–1970 | 2,01 | 1,56 | 0,776 |

*При условной длине поколения в 30 лет.

8

По данным микропереписи 1985 года, 44,3% женщин, родивших детей в 1983 году, полностью или частично воспользовались отпуском до достижения ребенком возраста полутора лет и только 6,8% из них вообще не воспользовались отпуском ни до 1 года и до полутора лет (Итоги 1986б: 78).

на это право⁸. Какую-то роль сыграло и расширение официального статуса «многодетных» до семей с тремя детьми, что несколько повысило их шансы на получение жилья, обеспечение дефицитными товарами и услугами.

Как показывает международный опыт, в условиях низкой рождаемости подобные льготы обычно вызывают довольно значительный, но кратковременный подъем числа рождений у работающих женщин благодаря сдвигам в календаре рождений вторых и, отчасти, третьих детей (McIntosh 1987: 323; Бодрова 1989: 344; Ноём, Ноём 2000: 324–325). Какая-то часть семей производит на свет потомство не только раньше первоначальных планов, но и с уменьшением интервалов между родами, продлевая отпуск по уходу за детьми в связи с рождением очередного ребенка. Однако через несколько лет вслед за стимулированным «бэби-бумом» с неизбежностью следует резкий спад конъюнктурных показателей рождаемости. Россия не стала исключением из этого правила.

При неизменности общепринятого размера семьи и стабильности намерений в отношении числа детей в собственной семье рождение ребенка «сегодня» означает нерождение его «завтра». Массовое более раннее рождение детей в ответ на пронаталистские меры социальной политики, по своему демографическому смыслу, — зеркальное отражение массового откладывания рождений под воздействием катастрофических событий (войн, голода и т.п.). Меняется только последовательность фаз спада и подъема показателей рождаемости для условных поколений.

Демографическая политика 1980-х годов дестабилизировала динамику рождаемости в терминах условных поколений, но практически никак не сказалась на *итоговой* рождаемости реальных поколений,

оказавшихся в этот момент в наиболее активных репродуктивных возрастах. Возможно, что она лишь поддержала тенденцию к упомянутой выше стабилизации (или слабому росту) показателей для поколений, родившихся в первое десятилетие после войны⁹.

Проиллюстрируем сказанное фактическими данными¹⁰. Рисунки 10.6 и 10.7 показывают накопленную к указанным возрастам долю матерей, родивших двух и более детей, для реальных и условных поколений. На рисунке 10.6 кривые относятся к условным когортам (календарным периодам) 1980 года, т.е. времени до введения в действие мер новой демографической политики, и 1987 года, когда рост текущих показателей рождаемости достиг апогея. На рисунке 10.7 представлены две когорты: когорта женщин 1954 года рождения, рождаемость которой оказалась в наименьшей степени подверженной влиянию мер демографической политики (к концу 1983 года они достигли тридцатилетнего возраста), и когорта 1960 года рождения, на рождаемости которой меры политики сказались самым непосредственным образом.

Сравнение обоих рисунков показывает, насколько серьезно может вводить в заблуждение анализ эффективности мер демографической политики, опирающийся на индикаторы условного поколения. В соответствии с «поперечной» таблицей рождаемости для 1980 года можно было ожидать, что к возрасту 25 лет 25% женщин будут иметь двоих и более детей, к 30 годам — 51%, к 35 годам — 61%, к 40 годам — 64%, что вполне соответствует фактическому ритму рождаемости реального поколения 1954 года. Таблица 1987 года отразила дестабилизирующий характер мер демографической политики — ожидания резко возросли: к 25 годам должны были родить двоих и более детей уже 33%, к 30 годам — 61%, к 35 годам — 72%, к 40 годам — 76%. Не удивительно, что коэффициент суммарной рождаемости (показатель итоговой рождаемости условного поколения) подскочил с 1,89 в 1980 году до 2,22 в 1987-м. Однако ни одно реальное поколение так и не последовало «оптимистическому» графику, предложенному таблицей рождаемости для 1987 года.

9

Подробный демографический анализ этого периода, проведенный с учетом вероятности рождения детей различной очередности см.: Zakharov, Ivanova 1996: 47–61.

10

Представленные данные получены С. Захаровым на основе построения полных таблиц рождаемости для реальных и условных поколений, учитывающих возраст матери и очередность рождения.

Рисунок 10.6. Доля женщин, родивших двоих и более детей к указанным возрастам в 1980 и 1987 годах, Россия

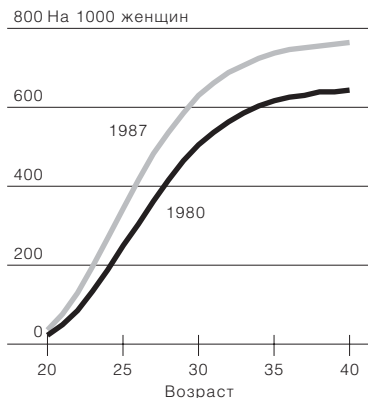
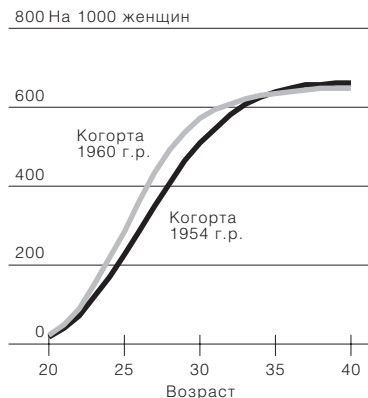


Рисунок 10.7. Доля родивших двоих и более детей в женских когортах 1954 и 1960 годов рождения, Россия



Прокреативный календарь рождений у женщин поколения 1960 года рождения отличается существенным образом от календаря женщин, рожденных шестью годами раньше. В когорте 1954 года к 25-летнему возрасту 23% женщин родили не менее двух детей, к 30-летнему — 51%, к 35-летнему — 64%, в когорте 1960 года рождения, соответственно: 29%, 57%, 64%. Это значит, что представительницы младшей из этих двух когорт родили второго и последующих детей, в среднем, на 1–3 года раньше, чем их старшие современницы. Однако к 35 годам, несмотря на мощный старт младшей когорты, накопленная доля женщин с двумя и более детьми у обеих когорт сравнялись.

Итоговая рождаемость поколений, в той или иной мере находящихся под воздействием мер социальной политики образца 1980-х годов, представлена в таблице 10.9. Показатели, приведенные в ее последнем столбце, не позволяют говорить о сколько-нибудь значимом успехе этой политики, т.е. об увеличении конечного числа рожденных детей. Единственно бесспорный эффект, который можно наблюдать, — это очередная дезорганизация календаря рождений, выразившаяся в «омоложении» рождаемости у целого ряда реальных поколений (Борисов, Синельников 1995: 68–69).

Таблица 10.9. Среднее число детей, рожденных к возрасту 25, 30, 35 и 50 лет, у поколений женщин, родившихся в 1954–1966 годах

| Год рождения поколения | Среднее число детей, рожденных к возрасту | | | |
|------------------------|---|--------|--------|--------|
| | 25 лет | 30 лет | 35 лет | 50 лет |
| 1954 | 0,94 | 1,45 | 1,78 | 1,90 |
| 1955 | 0,95 | 1,49 | 1,83 | 1,89 |
| 1956 | 0,95 | 1,54 | 1,85 | 1,88 |
| 1957 | 0,94 | 1,50 | 1,78 | 1,87 |
| 1958 | 0,96 | 1,53 | 1,77 | 1,87 |
| 1959 | 0,96 | 1,56 | 1,77 | 1,87 |
| 1960 | 0,99 | 1,60 | 1,77 | 1,84 |
| 1961 | 1,02 | 1,59 | 1,74 | 1,80* |
| 1962 | 1,03 | 1,55 | 1,70 | 1,75* |
| 1963 | 1,04 | 1,50 | 1,65 | 1,71* |
| 1964 | 1,05 | 1,47 | 1,62 | 1,67* |
| 1965 | 1,07 | 1,44 | 1,59 | 1,64* |
| 1966 | 1,07 | 1,39 | 1,56 | 1,62* |

* Предварительная оценка. Фактические значения, вероятнее всего, будут не- сколько выше, учитывая тенденцию к увеличению рождаемости в старших возрастах, наблюдаемую в последние годы.

10.6

Новейший этап снижения рождаемости (поколения матерей, родившихся в 1965–1970 годах)

Начиная с поколений матерей, родившихся во второй половине 1960-х годов, вновь обозначилось снижение показателей итоговой рождаемости. Так как эти поколения еще не достигли предельного возраста деторождения, окончательный итог их репродуктивной деятельности можно будет подводить не раньше, чем через десять лет. Однако знания результатов, с которыми они подошли к возрасту 30–35 лет, достаточно, чтобы сказать: их итоговая рождаемость, скорее всего, будет ниже, чем у всех предыдущих поколений россиянок. Учитывая данные о рождаемости по возрасту матери за 2000–2001 годы, можно предположить, что когорты, родившиеся в конце 60-х — начале 70-х годов, установят исторический рекорд низкой рождаемости для России —

1,5–1,6 ребенка в среднем на одну женщину. Самый оптимистический прогнозный сценарий ускоренного роста рождаемости в старших возрастных группах (старше 30 лет) способен добавить к приведенным выше показателям еще 0,1–0,3 ребенка. Но даже с учетом этой «добавки» едва ли данные поколения смогут достигнуть показателей 1,85–1,88 ребенка на одну женщину, характерных для когорты, родившихся в 1950-х — первой половине 1960-х годов.

Новейший этап эволюции рождаемости отмечен очередным расхождением траекторий изменения показателей рождаемости для условных и реальных поколений. В отличие от предыдущих укрупненных периодов, снижение итоговой рождаемости, оцениваемой для условных поколений, опережает уменьшение показателей для реальных поколений, а не отстает от него. Это значит, что рождаемость не «омолаживается», а «стареет»: каждое последующее поколение производит на свет потомство в более позднем возрасте, чем предшествующее. Как будет показано ниже, с середины 1990-х годов началось откладывание первых рождений в самых молодых возрастных группах матерей, что привело к дальнейшему снижению коэффициента суммарной рождаемости для условных поколений последних лет XX века.

Рождаемость в России сейчас очень низка, и это порождает обеспокоенность общества. Многие склонны рассматривать новейший этап падения рождаемости в основном как следствие экономических и социальных перемен 1990-х годов, говорят о небывалой в мирное время «демографической катастрофе», проводят аналогию с периодами войн и потрясений. Алармизм преобладает и в общественном мнении, и на политическом уровне, что находит отражение в практических рекомендациях, сводящихся к необходимости немедленного вмешательства государства в демографическую сферу с помощью мощной социальной политики стимулирования рождаемости вплоть до введения чрезвычайных мер (принятие закона о «чрезвычайном демографическом положении»¹¹). Появилось множество паранаучных публикаций, к сожалению, нередко поддерживаемых и профессиональными демографами, в которых утверждается, что новейшее снижение рождаемости — результат социально-экономического кризиса, падения уровня жизни, морали и нравственности — такова «демографическая цена реформ», ведущих общество не в том направлении или «неправильными» методами (Хорев 1998: 10–15; Римашевская 1999: 9–19; Осипов 2000: 350–351; Гундаров 2001: 56–61). Авторы подобных публикаций убеждены, что выход страны из кризиса и экономическая помощь семье в кризисный период способны повысить рождаемость и спасти страну от депопуляции.

Детальный анализ долговременных тенденций рождаемости не позволяет разделить ни критически заостренного объяснения падения рождаемости в самом конце XX века пагубным действием реформ, ни, к сожалению, оптимистической веры критиков в то, что выход из кризиса приведет к существенному повышению рождаемости.

Снижение рождаемости реальных поколений в России продолжается не менее ста лет и практически на всем

11

Предлагаются, например, следующие меры: «1. Объявить в стране чрезвычайное демографическое положение и на период его действия, впредь до прекращения депопуляции, преодоления сверхсмертности и возврата к простому, а затем и к слегка расширенному воспроизводству населения, предусмотреть ряд экстренных мер. 2. Рождение первенца определяется законом, и государство берет на себя определенный законом круг забот. ... 9. Национализировать иностранные счета российских граждан и юридических лиц с тем, чтобы направить находящиеся на них средства на прекращение вымирания народа... 10. Провести инвентаризацию индивидуальных особняков, сооруженных в стране, и передать их семьям с детьми...» (О мерах 1997: 137–139); «Единственный продуктивный выход из русской демографической катастрофы — запрещение аборт (за исключением отдельных медицинских, социально и популяционно обусловленных случаев)» (Абакумов 2001: 61).

протяжении перехода было монотонным. Некоторое нарушение этой монотонности можно обнаружить только в когортах 1890–1895 годов рождения. Напротив, показатели рождаемости для условных поколений демонстрировали высокую колеблемость на фоне общей тенденции к снижению. Колебания показателей для условных поколений, вызванные специфическими особенностями тех или иных календарных лет — катастрофическими изменениями социально-экономической среды и/или вмешательством государства в демографическую сферу, — объясняются, в первую очередь, сильными сдвигами в календаре рождений. Резкие спады и последующие не менее резкие компенсационные подъемы конъюнктурных показателей хорошо характеризуют мгновенные изменения темпов формирования семей под воздействием резко меняющихся внешних обстоятельств, но маскируют генеральную тенденцию эволюции рождаемости. В России на протяжении XX века можно насчитать четыре случая отклонения коэффициента суммарной рождаемости от тренда: три под воздействием катастрофических обстоятельств и один в результате демографической политики государства в начале 1980-х годов.

Непрерывная череда социальных катаклизмов, сопровождавших форсированную модернизацию общества, существенно ускорила переход к низкой рождаемости в России. Это ускорение связано, в частности, с тем, что в результате временного сокращения рождаемости как непосредственной реакции на кризисные условия приобретался массо-

вый опыт индивидуального контроля рождаемости, в обычных условиях распространяющийся гораздо медленнее¹². Впоследствии оказывалось, что этот опыт может быть использован и в обычных условиях.

Активность государства в стремлении «подправить» демографическую ситуацию в 1980-е годы оказалась неэффективной и имела скорее отрицательные, чем положительные демографические последствия. С середины 1990-х годов эволюция рождаемости перешла в новую фазу, связанную с перестройкой возрастной модели и отходом от раннего начала прокреации. Когорты 1970-го и более поздних годов рождения ведут себя иным, по сравнению с предшествующими когортами, образом.

На это указывает не только статистика рождаемости, но и социологические опросы. Например, при опросе жителей Петербурга и Тулы в 1998–1999 годах более 50% мужчин и женщин младшей возрастной группы полагали, что супругам лучше заводить ребенка, когда семья «встанет на ноги», в то время как подавляющее большинство представителей старшей возрастной группы выбирало ответы «в первый год после свадьбы» или «как бог даст» (Гурко 2000: 93). Для более молодых когорт характерна усиливающаяся тенденция к повышению возраста вступления в брак и возраста рождения первого ребенка. Итоговая рождаемость у них будет ниже, чем у их родителей (1,5 против 1,9 на одну женщину).

12

Н. Баркалов, проводивший численные эксперименты на имитационных моделях, пришел к выводу, что «практически любые экзогенные воздействия на процесс, увеличивающие многообразие промежуточных типов демографического поведения, т.е. увеличивающие неоднородность моделируемого населения, увеличивают и скорость процесса изменения рождаемости» (Баркалов 1986: 65).

- 11.1 От старого к новому распределению женщин по числу рожденных детей

Огромное снижение показателя итоговой рождаемости — следствие принципиального изменения распределения женщин по числу рожденных детей. Как уже было сказано выше, в XIX веке среднестатистическая женщина рожала в течение жизни более 7 раз, а это предполагает, что свыше половины всех женщин производили на свет более шести детей. По данным ретроспективных опросов женщин во время выборочного обследования ЦСУ СССР 1960 года, из общего числа женщин из поколений, родившихся в конце 1880-х годов, семерых детей родили 11,4% женщин, восьмерых — 9,5%, 9 и более детей — 22,9%. Однако эти поколения были уже затронуты процессом снижения рождаемости — среднее число рожденных детей у них составило 5,8 (Сифман 1970: 147, 150). Более раннее, допереходное распределение женщин по числу рожденных детей было еще более смещено в сторону детей старших порядков рождений. В то же время нельзя сказать, что совсем не было женщин, не родивших ни одного живого ребенка, или рожавших всего 1–2 раза (табл. 11.1).

Распределение женщин по числу рожденных детей зависит от множества самых разных обстоятельств: возраста вступления в брак, продолжительности супружеской жизни, распристранности первичного и вторичного бесплодия, вероятности внутриутробной смерти, интенсивности половой жизни, наличия или отсутствия практики ограничения деторождения и т.п. Чем меньше все эти обстоятельства находятся под контролем людей, тем более число детей в каждой семье оказывается случайной величиной, характеризующейся определенной вероятностью тех или иных «прокреативных исходов».

Но это не значит, что все такие исходы равновероятны. Люди всегда стремились ограничить случайность и выработать меры воздействия общества на индивидуальное поведение с целью «ограничения разнообразия прокреационных исходов и повышения вероятности тех из них, которые в наибольшей степени соответствовали требованиям демографической системы» (Вишневский 1982: 147). В прошлом, в условиях высокой детской смертности, когда даже рождение нескольких детей не давало гарантии их выживания, общество с помощью доступных ему методов социального контроля стремилось «ограничить множество исходов снизу, не допустить слишком малого числа рождений» (Там же, 154), и, напротив, повысить вероятность большего числа рождений. На это были нацелены все социальные установления, светские и религиозные нормы и т.д. Отсюда и высокая доля многократно рождающих женщин.

Положение кардинальным образом меняется, когда смертность начинает снижаться, а социально-экономическая жизнь человека все больше отрывается от «земли и сохи», от семейно-общинной формы

производства средств существования и организации социальных связей. Главное, что приносят эти изменения для индивида в сфере деторождения, — постоянно растущая свобода выбора «прокреативных исходов» и возможность сблизить число рождений с числом желанных детей в семье. Человек не замедлил воспользоваться этой возможностью, предоставленной ему историческим развитием, — доля многократно рождающих матерей начинает непрерывно сокращаться.

К настоящему времени накопилось большое количество данных, которые позволяют представить обобщенную картину изменений распределения прокреативных исходов (иными словами, распределения женщин по числу рожденных детей) в России при переходе от одного типа такого распределения к другому. Результаты расчетов, основанных на использовании имеющейся статистической информации, приведены в таблице 11.1 и на рисунке 11.1.

Общая эволюция распределения женщин по числу рождаемых детей в процессе демографического перехода в России сводится, таким образом, к следующему:

- доля женщин, родивших 7 и более детей, непрерывно уменьшается, за счет чего сначала увеличивается пропорция матерей с 6, 5, 4 и 3 детьми. Но постепенно и их доля, несколько выросшая на ранних этапах демографического перехода, также начинает снижаться;
- непрерывно увеличивается доля только двух категорий женщин — родивших двоих и одного ребенка при существенном перевесе двухдетных над однодетными, особенно начиная с поколений матерей, родившихся во второй половине 1920-х годов;
- доля женщин, не родивших за свою жизнь ни одного живого ребенка, обнаруживает наибольшую стабильность. Существенно превышающий уровень первичного физиологического бесплодия рост доли бездетных женщин (по разным оценкам, она составляет от 3 до 7% [Борисов 1976: 39]), в когортах, родившихся в первых десятилетиях XX века, объясняется нарушениями возрастнополовой структуры населения, вызванными социальными потрясениями первой половины столетия, и, соответственно, неблагоприятной ситуацией на «брачном рынке» (Сифман 1974: 87; Дарский, Ильина 1990: 6–28), а возможно и изменением возраста вступления в брак (Тольц 1986: 46–47).

Таким образом, по мере снижения итоговой рождаемости происходил постепенный сдвиг распределения женщин по числу рожденных детей в сторону меньших порядков рождения. Этот вывод сам по себе тривиален, поскольку процесс снижения рождаемости и заключается в том, что в населении сокращается доля многоорожающих женщин. Более важно то, что изменение распределения женщин по итоговому числу рожденных детей в России происходило последовательно, без задержек на промежуточных стадиях, которые можно было бы интерпретировать как поэтапный переход от «многодетности» к «среднедетности» и от «среднедетности» к «малодетности». Этот переход в России оказался достаточно прямолинейным, плавным и, по историческим меркам, быстрым процессом смены одного типа распределения по числу рождений, характерного для высокой рождаемости, другим типом, характерным для низкой рождаемости. Все промежуточные состояния — лишь временные, случайные результаты действия статистической зако-

номерности распространения практики ограничения рождаемости в социально неоднородной совокупности населения. А эта практика очень быстро стала соответствовать новой норме детности — два ребенка на семью.

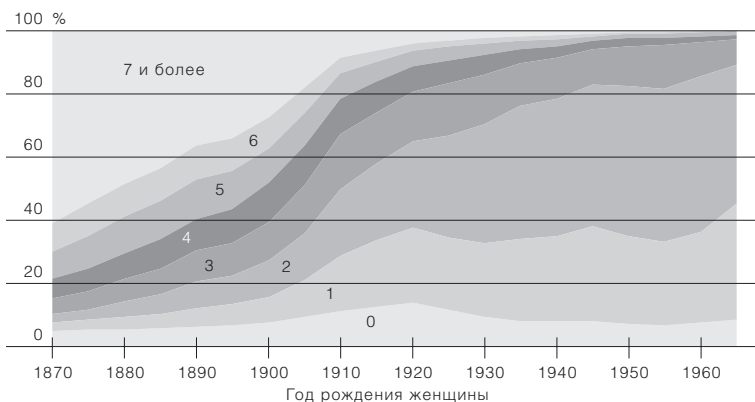
Таблица 11.1. Распределение женщин по числу рожденных детей к возрасту 50 лет, %, и среднее число рожденных детей на одну женщину, Россия, женские поколения 1868–1968 годов рождения

| Годы рождения поколений | Доля женщин, родивших детей, %: | | | | | | | | Среднее число детей |
|-------------------------|---------------------------------|--------|-------|-------|----------|---------|----------|-----------------|---------------------|
| | ни одного | одного | двоих | троих | четверых | пятерых | шестерых | семерых и более | |
| До 1874 | 5,0 | 2,5 | 2,9 | 4,8 | 6,5 | 8,2 | 9,3 | 60,8 | 7,11 |
| 1874–1878 | 5,3 | 3,1 | 3,2 | 5,9 | 7,3 | 10,2 | 10,1 | 54,9 | 6,79 |
| 1879–1883 | 5,5 | 3,8 | 5,0 | 7,1 | 8,1 | 11,6 | 10,5 | 48,4 | 6,39 |
| 1884–1888 | 6,0 | 4,4 | 6,3 | 8,1 | 9,1 | 12,1 | 10,6 | 43,4 | 6,05 |
| 1889–1893 | 6,5 | 5,5 | 8,7 | 9,8 | 10,0 | 12,3 | 10,7 | 36,5 | 5,57 |
| 1894–1898 | 6,8 | 6,5 | 9,3 | 10,0 | 11,1 | 12,1 | 10,3 | 33,9 | 5,37 |
| 1899–1903 | 7,7 | 8,0 | 11,6 | 12,2 | 12,3 | 11,2 | 9,5 | 27,5 | 4,86 |
| 1904–1908 | 9,4 | 11,5 | 15,0 | 15,0 | 12,6 | 10,5 | 8,2 | 17,8 | 4,04 |
| 1909–1913 | 11,3 | 17,3 | 21,4 | 17,1 | 11,4 | 8,1 | 4,8 | 8,6 | 3,06 |
| 1914–1918 | 12,5 | 21,0 | 24,2 | 16,5 | 9,7 | 6,3 | 3,7 | 6,1 | 2,68 |
| 1919–1923 | 14,1 | 23,7 | 27,3 | 15,5 | 8,0 | 4,9 | 2,6 | 3,9 | 2,33 |
| 1924–1928 | 11,8 | 22,5 | 32,4 | 16,4 | 7,4 | 4,3 | 2,1 | 3,1 | 2,28 |
| 1929–1933 | 9,5 | 23,2 | 37,5 | 15,8 | 6,2 | 3,6 | 1,7 | 2,5 | 2,21 |
| 1934–1938 | 8,0 | 26,0 | 42,1 | 13,8 | 4,4 | 2,7 | 1,2 | 1,8 | 2,07 |
| 1939–1943 | 7,9 | 27,3 | 43,4 | 12,9 | 3,7 | 2,3 | 1,0 | 1,5 | 1,99 |
| 1944–1948 | 8,1 | 29,9 | 45,1 | 11,0 | 2,7 | 1,5 | 0,6 | 1,1 | 1,85 |
| 1949–1953 | 7,1 | 27,7 | 47,9 | 12,3 | 2,6 | 1,4 | 0,5 | 0,5 | 1,86 |
| 1954–1958* | 6,7 | 26,5 | 48,6 | 13,5 | 2,6 | 1,3 | 0,4 | 0,4 | 1,88 |
| 1959–1963* | 7,5 | 29,0 | 49,3 | 10,5 | 2,1 | 1,2 | 0,2 | 0,2 | 1,77 |
| 1964–1968* | 8,5 | 37,0 | 43,8 | 8,0 | 1,5 | 1,0 | 0,1 | 0,2 | 1,61 |

*Предварительная оценка.

Источники: неопубликованные данные переписей населения 1979 и 1989 годов и скорректированные С. Захаровым данные репрезентативных выборочных обследований ЦСУ СССР 1960, 1967–1968 годов (Сифман 1970: 142, 150–151; Сифман 1974: 97); экстраполяционные и интерполяционные расчеты С. Захарова.

Рисунок 11.1. Распределение женщин по числу рожденных детей к возрасту 50 лет, Россия, поколения 1868–1968 годов рождения



Источник: Таблица 11.1

Во время демографического перехода очень быстро обнаруживается промежуточность, неустойчивость «среднедетной» модели семьи с 3–4 детьми. На это указывает анализ вероятностей увеличения семьи для поколений российских женщин (табл. 11.2 и рис. 11.2).

Показатель вероятности увеличения семьи позволяет увидеть, какая доля женщин из числа уже имеющих определенное число детей, родит очередного ребенка в течение всего репродуктивного периода (к 50 годам). Так, вероятность рождения первого ребенка показывает долю родивших когда-либо первенца женщин в числе ни разу не рожавших женщин; вероятность рождения второго ребенка — долю женщин, родивших второго ребенка, в общем числе женщин, уже имеющих первенца, и т.д.¹

¹ Данные, представленные в табл. 11.1 и 11.2, логически и математически взаимосвязаны. Получение этих характеристик предусматривается методикой построения специальных таблиц рождаемости с учетом порядкового номера рождения (Дарский 1972: 27–28; Дарский 1994б).

Таблица 11.2. Вероятность увеличения семьи (вероятность рождения очередного ребенка*) для женщин к возрасту 50 лет, Россия, поколения 1868–1968 годов рождения, %

| Годы рождения женщин | Вероятность рождения ребенка | | | | | | |
|----------------------|------------------------------|---------|----------|------------|--------|---------|----------|
| | первого | второго | третьего | четвертого | пятого | шестого | седьмого |
| До 1874 | 95,0 | 97,4 | 96,9 | 94,6 | 92,3 | 89,5 | 86,7 |
| 1874–1878 | 94,7 | 96,7 | 96,5 | 93,3 | 91,2 | 86,4 | 84,5 |
| 1879–1883 | 94,5 | 96,0 | 94,5 | 91,7 | 89,7 | 83,5 | 82,2 |
| 1884–1888 | 94,0 | 95,3 | 93,0 | 90,3 | 87,9 | 81,7 | 80,4 |
| 1889–1893 | 93,5 | 94,1 | 90,1 | 87,6 | 85,6 | 79,3 | 77,3 |
| 1894–1898 | 93,2 | 93,0 | 89,3 | 87,1 | 83,5 | 78,5 | 76,7 |
| 1899–1903 | 92,3 | 91,3 | 86,2 | 83,2 | 79,7 | 76,8 | 74,3 |
| 1904–1908 | 90,6 | 87,3 | 81,0 | 76,6 | 74,3 | 71,2 | 68,5 |
| 1909–1913 | 88,7 | 80,4 | 70,0 | 65,8 | 65,3 | 62,3 | 64,2 |
| 1914–1918 | 87,5 | 76,0 | 63,6 | 61,0 | 62,4 | 60,9 | 62,2 |
| 1919–1923 | 85,9 | 72,4 | 56,1 | 55,6 | 58,8 | 57,0 | 60,0 |
| 1924–1928 | 88,2 | 74,4 | 50,6 | 50,6 | 55,9 | 54,3 | 58,8 |
| 1929–1933 | 90,4 | 74,3 | 44,2 | 46,8 | 55,4 | 53,2 | 58,5 |
| 1934–1938 | 92,1 | 71,8 | 36,2 | 42,3 | 56,4 | 52,6 | 59,9 |
| 1939–1943 | 92,1 | 70,4 | 33,0 | 39,7 | 56,5 | 52,1 | 60,1 |
| 1944–1948 | 91,9 | 67,5 | 27,3 | 34,3 | 53,4 | 50,6 | 62,5 |
| 1949–1953 | 92,9 | 70,2 | 26,5 | 28,9 | 48,0 | 41,7 | 59,8 |
| 1954–1958** | 93,3 | 71,6 | 27,2 | 25,8 | 46,8 | 40,9 | 58,3 |
| 1959–1963** | 92,5 | 68,6 | 22,4 | 26,1 | 43,2 | 37,5 | 51,5 |
| 1964–1968** | 91,5 | 59,6 | 19,6 | 25,2 | 43,1 | 36,7 | 50,0 |

* Вероятность очередного рождения, начиная со второго ребенка, незначительно завышена за счет многоплодных родов.

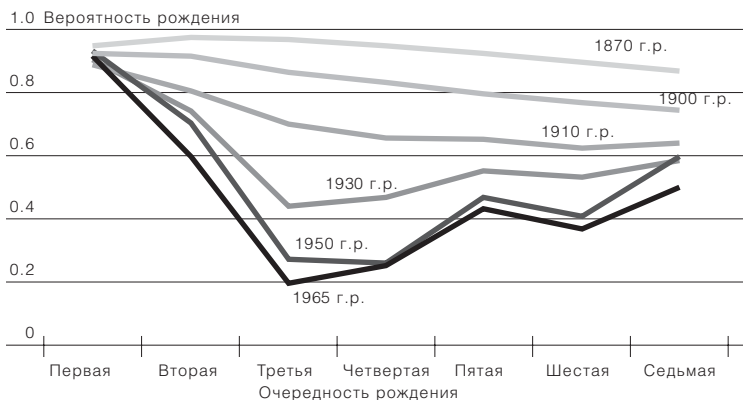
Многоплодные роды в России в последние десятилетия составляют 0,8–0,9% от общего числа родов, завысившихся рождением

живого ребенка, свыше 99% среди них составляют роды с двумя родившимися.
** Предварительная оценка.

Источники: неопубликованные данные переписей населения 1979 и 1989 годов и скорректированные С. Захаровым данные репрезентативных выборочных обследований ЦСУ СССР 1960, 1967–1968 годов (Сифман 1970: 142, 150–151; Сифман 1974: 97); экстраполяционные и интерполяционные расчеты С. Захарова.

При таком представлении данных различия между предпереходной и постпереходной стратегиями рождаемости выглядят более отчетливо. Среднестатистическая женщина, родившаяся в конце XIX века, практически с одинаковой вероятностью (90% и выше) производила очередного ребенка (по крайней мере, вплоть до 7-й очередности). Наблюдающееся в это время слабое, но систематическое понижение показателя по мере продвижения к более поздним очередностям

Рисунок 11.2. Вероятности увеличения семьи у поколений российских женщин 1870–1965 годов рождения



рождения легко может быть объяснено известным снижением с возрастом способности к зачатию, повышением вероятности овдовения и другими подобными причинами.

Во второй половине XX века сохраняется столь же высокая вероятность первого рождения, как и сто лет назад (добровольный отказ от первенца не получил статистически значимого распространения), вероятность второго рождения снижается с 95–97% до 60–70%, но пока еще остается весьма значимой (существенное большинство женщин из числа родивших первого ребенка, рождает и второго), а вероятность рождения третьего и четвертого ребенка упала с очень высоких до очень низких величин — с 90–97% до 20–25%. Верхняя граница желаемого размера потомства у большинства российских женщин определяется легко — «не более двух».

Особенностью постпереходной модели рождаемости в России можно считать сохранение достаточно высокой вероятности пятых и последующих родов (40–50%), что свидетельствует о существовании отдельных социальных или этнических групп, по тем или иным причинам не практикующих или слабо практикующих ограничение рождаемости. Поскольку доля этих групп в общей массе населения очень мала и постоянно сокращается (это видно из таблицы 11.1), присущие им высокие показатели вероятности увеличения семьи практически никак не сказываются ни на средней величине итоговой рождаемости, ни на тенденциях ее изменения.

Отмеченные выше закономерности еще более отчетливо проявляются при рассмотрении тех же характеристик применительно к женщинам, состоящим непрерывно в первом браке (табл. 11.3 и 11.4, рис. 11.3). К сожалению, данные выборочных обследований позволяют проследить изменения рождаемости брачных когорт для женщин, вступивших в брак не ранее 1920 года и, соответственно, родившихся в основном в XX веке, когда модернизационные изменения в рождаемости уже набрали высокую скорость.

Таблица 11.3. Распределение женщин, состоящих непрерывно в первом браке, по числу рожденных детей и среднее число детей на одну женщину, Россия, когорты женщин, вступивших в брак в 1920–1984 годах

| Годы вступления в брак | Ориентировочные годы рождения* | Доля женщин с 0 детей | Доля женщин (%), родивших: | | | | Среднее число детей |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------|------------|-----------------------|---------------------|
| | | | одного ребенка | двух детей | трех детей | четырёх и более детей | |
| 1920–1924 | 1900–1904 | 4,7 | 6,1 | 6,7 | 14,9 | 67,7 | 4,70 |
| 1925–1929 | 1905–1909 | 5,4 | 6,6 | 14,2 | 17,8 | 56,0 | 4,24 |
| 1930–1934 | 1910–1914 | 5,3 | 9,4 | 20,8 | 18,2 | 46,3 | 3,74 |
| 1935–1939 | 1915–1919 | 5,3 | 14,0 | 25,4 | 19,4 | 35,8 | 3,38 |
| 1940–1944 | 1920–1924 | 5,3 | 15,5 | 30,2 | 20,5 | 28,5 | 3,08 |
| 1945–1949 | 1925–1929 | 5,3 | 15,4 | 35,2 | 21,6 | 22,5 | 2,68 |
| 1950–1954 | 1930–1934 | 4,8 | 18,2 | 42,2 | 18,2 | 15,6 | 2,41 |
| 1955–1959 | 1935–1939 | 4,1 | 20,4 | 46,9 | 17,0 | 11,6 | 2,26 |
| 1960–1964 | 1940–1944 | 4,3 | 24,9 | 50,4 | 13,0 | 7,4 | 2,03 |
| 1965–1969 | 1945–1949 | 4,0 | 25,8 | 52,4 | 12,0 | 5,8 | 1,97 |
| 1970–1974 | 1950–1954 | 3,3 | 23,9 | 54,5 | 13,2 | 5,1 | 1,99 |
| 1975–1979 | 1955–1959 | 3,4 | 20,9 | 56,9 | 14,1 | 4,7 | 2,01 |
| 1980–1984** | 1960–1964 | 4,4 | 26,3 | 55,6 | 10,8 | 2,9 | 1,85 |

* Приняты условно, исходя из среднего возраста вступления в первый брак для женщины, равного 20 годам.

** Предварительная оценка к десятому году брака. Итоговое среднее число детей на одну женщину

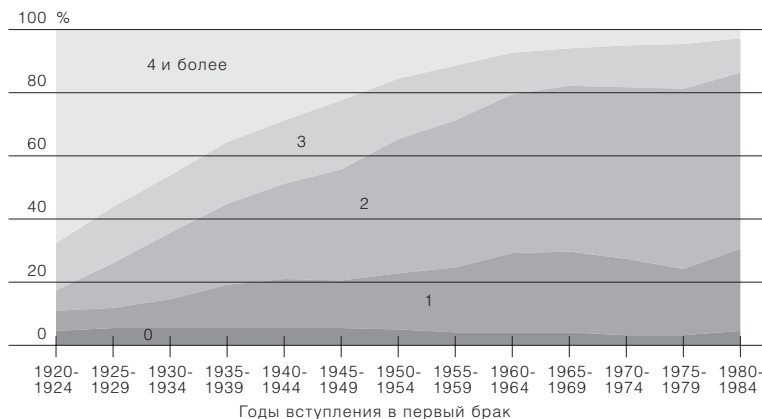
к двадцатому году брака будет несколько выше – вероятнее всего, слегка превысит 1,9. Соответственно произойдут и некоторые изменения в распределении женщин по числу рожденных детей, в первую очередь, за счет

несущественного увеличения доли женщин с двумя детьми (до 56–57%) и снижения – с одним ребенком. Доля бездетных женщин с высокой вероятностью останется прежней.

Источники: Состояние 1995: 167; пересчитанные и скорректированные С. Захаровым результаты обследований ЦСУ СССР 1960 и 1972 годов (Сифман 1970: 156; Сколько детей 1977: 41).

Среднее число детей, рожденных женщинами брачных когорт, всегда выше, чем число рожденных в когортах всех женщин по году рождения без учета брачного состояния, ибо эти последние включают в себя также женщин, никогда не состоявших в браке или проживших в нем только часть репродуктивного периода своей жизни (овдовевших, разведенных, разошедшихся). Поэтому не удивительно, что вероятность второго рождения в брачных когортах выше (ср. табл. 11.2

Рисунок 11.3. Распределение женщин по числу рожденных детей в течение двадцати и более лет состояния в браке, Россия, женщины вступившие в первый брак в 1920–1984 годах



и т.з). Главный ориентир демографического перехода — «двухдетная» семья — применительно к женщинам, непрерывно состоявшим в браке, прослеживается еще более отчетливо и подтверждает вывод, сделанный ранее на основе других данных.

Таблица 11.4. Вероятность увеличения семьи (вероятность рождения очередного ребенка) для женщин, состоящих непрерывно в первом браке, Россия, когорты женщин, вступивших в брак в 1920—1984 годах, %

| Годы вступления в брак | Ориентировочные годы рождения* | Вероятность рождения ребенка | | | |
|------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------|----------|------------|
| | | Первого | Второго | Третьего | Четвертого |
| 1920–1924 | 1900–1904 | 95,3 | 93,6 | 92,5 | 87,7 |
| 1925–1929 | 1905–1909 | 94,6 | 92,1 | 83,9 | 79,7 |
| 1930–1934 | 1910–1914 | 94,4 | 89,2 | 75,6 | 71,7 |
| 1935–1939 | 1915–1919 | 94,5 | 85,2 | 68,5 | 64,8 |
| 1940–1944 | 1920–1924 | 94,6 | 83,6 | 61,9 | 58,3 |
| 1945–1949 | 1925–1929 | 94,7 | 83,7 | 55,6 | 51,0 |
| 1950–1954 | 1930–1934 | 95,2 | 80,9 | 45,2 | 44,8 |
| 1950–1959 | 1935–1939 | 95,9 | 78,7 | 37,9 | 40,6 |
| 1960–1964 | 1940–1944 | 95,7 | 74,0 | 28,8 | 36,3 |
| 1965–1969 | 1945–1949 | 96,0 | 73,1 | 25,4 | 32,6 |
| 1970–1974 | 1950–1954 | 96,7 | 75,3 | 25,1 | 27,9 |
| 1975–1979 | 1955–1959 | 96,6 | 78,4 | 24,8 | 25,0 |
| 1980–1984** | 1960–1964 | 95,6 | 72,4 | 19,8 | 21,2 |

* Приняты условно, исходя из среднего возраста вступления в первый брак для женщины, равного 20 годам.

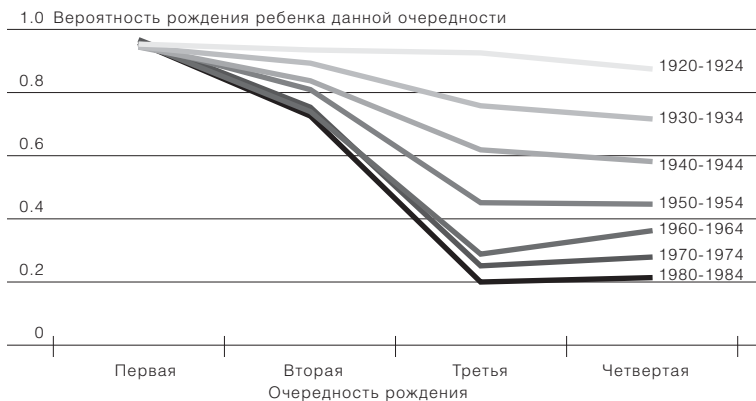
** Предварительная оценка к десятому году брака. Можно ожидать, что вероятность первого рождения к двадцатому году брака

останется практически без изменения, вероятность второго рождения увеличится до 73–75%, третьего и четвертого — до 22–24%.

Источники: Состояние 1995: 167; пересчитанные и скорректированные С. Захаровым результаты обследований ЦСУ СССР 1960 и 1972 годов (Сифман 1970: 156; Сколько детей 1977: 41).

В то же время преимущества брака с точки зрения вероятности появления на свет третьего и последующих детей в российском случае не столь очевидны. Начиная с когорт, родившихся во время Второй мировой войны, заметно постоянное превышение значений вероятности родить третьего и четвертого ребенка среди всех женщин по сравнению с теми, которые состоят в первом браке. Это означает, что средняя очередность рождения достаточно высока и у женщин, состоящих

Рисунок 11.4. Вероятности увеличения семьи. Россия, женщины вступившие в первый брак в 1920–1984 годах



Данные, представленные в таблицах 11.1 и 11.2, базируются, в основном, на результатах выборочного опроса в рамках переписей населения 1979 и 1989 годов, а также на текущей регистрации рождений. Данные же таблиц 11.3 и 11.4 в большей степени опираются на менее репрезентативные выборочные обследования, включая и микроперепись населения 1994 года, которая по способу построения выборки существенно отличалась от переписей населения.

в повторных браках, и у тех, кто считает себя в браке не состоящим. Если оставить в стороне возможные проблемы, связанные с неполной методологической сопоставимостью данных, приведенных в таблицах 11.1–11.2 и 11.3–11.4 (они, на наш взгляд, не существенны)², можно высказать гипотезу, что по мере завершения демографического перехода высокая рождаемость становится уделом специфических социальных слоев или отдельных этнодемографических групп, в которых отношение к официально признаваемому моногамному браку и внебрачной рождаемости по тем или иным причинам иное, чем у основной массы населения. Дополнительным доводом в пользу высказанной гипотезы служит анализ текущей регистрации брачных и внебрачных рождений, который выявил, что доля многократно рождающих выше среди женщин, не регистрирующих свой брак (Население России 2000: 67–69; Захаров, Иванова 2001).

12.1 Изменения среднего возраста матери в реальных поколениях

Вследствие падения вклада в общую рождаемость матерей старшего возраста и соответственно рождений более высоких очередностей — третьей и последующих — уменьшение рождаемости в России сопровождалось быстрым снижением среднего возраста материнства. Если в когортах матерей 1880-х годов рождения вклад в величину итоговой рождаемости женщин в возрасте 30 лет и старше составлял 58%, то в когортах, родившихся перед Первой мировой войной, — 32%, в когортах, родившихся в первые годы после Второй мировой войны, — 23%, а в когортах 1960-х годов рождения — 13–15%. Соответственно, снижался и средний возраст материнства, составивший для тех же когорт 32 года, 28, 26 и 25 лет. Интервал времени, с которым появлялось на свет каждое новое поколение, непрерывно уменьшался.

Таблица 12.1. Возрастные коэффициенты рождаемости и итоговая рождаемость реальных поколений. Россия, женские поколения 1880–1969 годов рождения

| Годы рождения поколений | Родилось живыми на 1000 женщин в возрасте: | | | | | | | Итоговая рождаемость* |
|-------------------------|--|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-----------------------|
| | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 | |
| 1880–1884 | 55 | 217 | 257 | 267 | 245 | 164 | 67 | 6,4 |
| 1885–1889 | 48 | 185 | 234 | 241 | 207 | 138 | 59 | 5,6 |
| 1890–1894 | 48 | 186 | 218 | 274 | 216 | 114 | 44 | 5,5 |
| 1895–1899 | 41 | 189 | 300 | 244 | 167 | 99 | 23 | 5,3 |
| 1900–1904 | 30 | 219 | 298 | 177 | 166 | 49 | 9 | 4,7 |
| 1905–1909 | 37 | 224 | 196 | 195 | 77 | 40 | 6 | 3,9 |
| 1910–1914 | 36 | 151 | 211 | 86 | 72 | 28 | 2 | 2,9 |
| 1915–1919 | 32 | 182 | 97 | 106 | 68 | 18 | 2 | 2,5 |
| 1920–1924 | 31 | 85 | 162 | 108 | 54 | 13 | 1 | 2,3 |
| 1925–1929 | 12,8 | 128,6 | 160,3 | 95,1 | 36,7 | 8,7 | 0,5 | 2,21 |
| 1930–1934 | 21,2 | 140,4 | 150,9 | 80,5 | 32,4 | 7,3 | 0,4 | 2,17 |
| 1935–1939 | 13,3 | 154,4 | 131,5 | 72,6 | 30,4 | 5,9 | 0,3 | 2,04 |
| 1940–1944 | 28,9 | 157,5 | 112,8 | 62,5 | 20,7 | 4,2 | 0,2 | 1,93 |
| 1945–1949 | 23,4 | 146,9 | 112,5 | 59,2 | 24,0 | 4,9 | 0,2 | 1,84 |
| 1950–1954 | 27,6 | 157,8 | 105,4 | 61,4 | 22,4 | 2,5 | 0,1 | 1,89 |
| 1955–1959 | 32,9 | 158,3 | 115,0 | 55,1 | 11,5 | 2,3** | 0,1** | 1,88** |
| 1960–1964 | 39,8 | 164,0 | 102,5 | 30,6 | 11,4** | 2,2** | 0,1** | 1,75** |
| 1965–1969 | 45,0 | 158,0 | 66,4 | 33,4 | 12,3** | 2,3** | 0,2** | 1,59** |

* В расчете на одну женщину. ** Предварительная оценка.

Источники: обследование ЦСУ СССР 1960 года (Сифман 1970: 153); когортная трансформация рассчитанных Е. Андреевым, Л. Дарским, Т. Харьковой возрастных коэффициентов рождаемости для календарных лет; экстраполяционные и интерполяционные расчеты С. Захарова.

Возрастной профиль рождаемости за сто лет изменился очень сильно: максимум рождаемости постепенно сместился из возрастной группы 30–34 года в возрастную группу 20–24 года (табл. 12.1 и 12.2), а куполообразная форма распределения рождений по возрасту матери с неявной асимметрией постепенно превратилась в островершинное распределение с ярко выраженной правосторонней асимметрией (рис. 12.1).

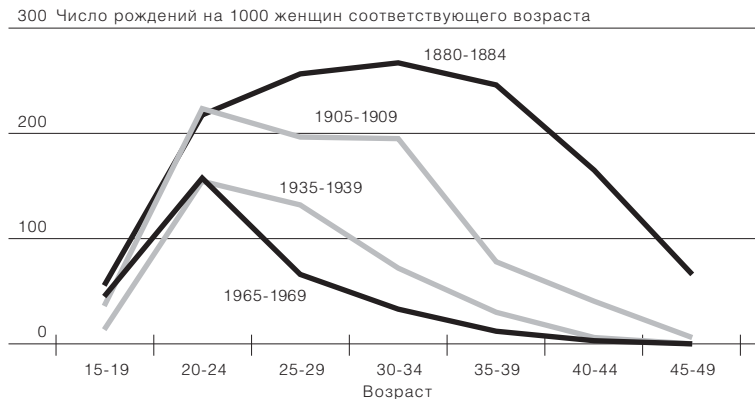
Таблица 12.2. Средний возраст матери и вклад возрастных групп матерей в итоговую рождаемость реальных поколений, Россия, женские поколения 1880–1969 годов рождения

| Годы рождения поколений | Средний возраст матери | Вклад в итоговую рождаемость матерей в возрасте, % | | | | | | |
|-------------------------|------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 |
| 1880–1884 | 32,2 | 4,3 | 17,1 | 20,2 | 21,0 | 19,3 | 12,9 | 5,2 |
| 1885–1889 | 32,1 | 4,3 | 16,7 | 21,0 | 21,7 | 18,6 | 12,4 | 5,3 |
| 1890–1894 | 31,8 | 4,4 | 17,0 | 19,8 | 24,9 | 19,6 | 10,3 | 4,0 |
| 1895–1899 | 30,8 | 3,9 | 17,8 | 28,2 | 23,0 | 15,7 | 9,3 | 2,1 |
| 1900–1904 | 29,7 | 3,2 | 23,1 | 31,4 | 18,7 | 17,5 | 5,2 | 0,9 |
| 1905–1909 | 28,8 | 4,7 | 28,9 | 25,3 | 25,2 | 9,9 | 5,2 | 0,8 |
| 1910–1914 | 28,3 | 6,2 | 25,8 | 36,0 | 14,6 | 12,3 | 4,8 | 0,3 |
| 1915–1919 | 28,0 | 6,4 | 36,1 | 19,2 | 21,0 | 13,4 | 3,6 | 0,3 |
| 1920–1924 | 28,7 | 6,7 | 18,8 | 35,7 | 23,7 | 12,1 | 2,8 | 0,2 |
| 1925–1929 | 27,9 | 2,9 | 29,0 | 36,2 | 21,5 | 8,3 | 2,0 | 0,1 |
| 1930–1934 | 27,3 | 4,9 | 32,4 | 34,8 | 18,6 | 7,5 | 1,7 | 0,1 |
| 1935–1939 | 27,1 | 3,3 | 37,8 | 32,2 | 17,8 | 7,4 | 1,4 | 0,1 |
| 1940–1944 | 26,2 | 7,5 | 40,6 | 29,1 | 16,2 | 5,4 | 1,1 | 0,1 |
| 1945–1949 | 26,5 | 6,4 | 39,9 | 30,6 | 15,3 | 6,5 | 1,3 | 0,0 |
| 1950–1954 | 26,2 | 7,3 | 41,8 | 28,0 | 16,3 | 5,9 | 0,7 | 0,0 |
| 1955–1959 | 25,7 | 8,8 | 42,2 | 30,6 | 14,7 | 3,1 | 0,6 | 0,0 |
| 1960–1964* | 24,9 | 11,4 | 46,8 | 29,2 | 8,7 | 3,3 | 0,6 | 0,0 |
| 1965–1969* | 24,6 | 14,2 | 49,7 | 20,9 | 10,5 | 3,9 | 0,7 | 0,1 |

*Предварительная оценка.

Рассчитано по: табл. 12.1.

Рисунок 12.1. Возрастные коэффициенты рождаемости, Россия, женские поколения 1880–1884, 1905–1909, 1935–1939 и 1965–1969 годов рождения



12.2

Изменения среднего возраста матери в условных поколениях

Оценки тех же характеристик возрастной рождаемости для условных поколений (по календарным годам), представленные в таблицах 12.3 и 12.4 и на рисунках 12.3 и 12.4, представляют сходную картину изменений, произошедших за 100 лет, — с той разницей, что, как уже говорилось, показатели для условных поколений в период быстрого снижения рождаемости отражают фактическое изменение ситуации с заметным запаздыванием. Так, несмотря на очевидное сокращение рождаемости от поколения к поколению, средний возраст матери, рассчитанный для календарных лет, практически не менялся с начала XX века вплоть до Второй мировой войны. Внешняя стабильность этого показателя

говорит лишь о том, что во время активного протекания демографического перехода совокупность женщин детородного возраста крайне неоднородна: молодые поколения с новым режимом рождаемости соседствуют с поколениями, придерживающимися прежней возрастной модели с более высокой рождаемостью в старших возрастах. Лишь по мере того, как достигают старших возрастов те реальные поколения, в которых получило широкое распространение ограничение рождаемости и соответственно изменилось возрастное распределение рождений, снижение среднего возраста матери начинается и в условных поколениях. Представление о различиях в динамике показателей итоговой рождаемости и среднего возраста матери в реальных и условных поколениях дает сравнение рисунков 12.6 и 12.7.

Таблица 12.3. Возрастные коэффициенты и итоговая рождаемость условных поколений, Россия, 1895–1999

| Календарные годы | Родилось живыми на 1000 женщин в возрасте: | | | | | | | Итоговая рождаемость* |
|------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 | |
| 1895–1899 | 48 | 262 | 355 | 359 | 234 | 158 | 67 | 7 |
| 1900–1904 | 46 | 258 | 349 | 353 | 230 | 155 | 66 | 7 |
| 1905–1909 | 44 | 226 | 340 | 344 | 224 | 151 | 65 | 7 |
| 1910–1914 | 43 | 218 | 311 | 335 | 218 | 147 | 63 | 7 |
| 1915–1919 | 31 | 175 | 223 | 238 | 145 | 98 | 42 | 5 |
| 1920–1924 | 34 | 211 | 277 | 278 | 193 | 131 | 56 | 6 |
| 1925–1929 | 39 | 238 | 312 | 307 | 215 | 141 | 65 | 7 |
| 1930–1934 | 35 | 182 | 218 | 200 | 177 | 98 | 55 | 5 |
| 1935–1939 | 36 | 192 | 231 | 186 | 165 | 98 | 41 | 5 |
| 1940–1944 | 22 | 118 | 140 | 133 | 103 | 72 | 25 | 3 |
| 1945–1949 | 19 | 131 | 145 | 105 | 85 | 43 | 12 | 3 |
| 1950–1954 | 15 | 146 | 187 | 113 | 71 | 36 | 6 | 3 |
| 1955–1959 | 24 | 147 | 165 | 119 | 65 | 22 | 3 | 3 |
| 1960–1964 | 25 | 157 | 144 | 92 | 49 | 16 | 2 | 2 |
| 1965–1969 | 25 | 147 | 116 | 76 | 36 | 12 | 1 | 2 |
| 1970–1974 | 31 | 153 | 112 | 65 | 32 | 8 | 1 | 2 |
| 1975–1979 | 36 | 158 | 107 | 58 | 24 | 7 | 1 | 2 |
| 1980–1984 | 45 | 162 | 109 | 57 | 21 | 4 | 0 | 2 |
| 1985–1989 | 49 | 167 | 115 | 62 | 25 | 5 | 0 | 2 |
| 1990–1994 | 52 | 136 | 76 | 37 | 14 | 3 | 0 | 2 |
| 1995–1999 | 37 | 102 | 67 | 32 | 11 | 2 | 0 | 1 |

* В расчете на одну женщину

Источники: опубликованные и неопубликованные оценки Е. Андреева, Л. Дарского, Т. Харьковой, а также экстраполяционные и интерполяционные расчеты С. Захарова.

Рисунок 12.2. Возрастные компоненты итоговой рождаемости реальных поколений, Россия, женские поколения 1880–1969 годов рождения

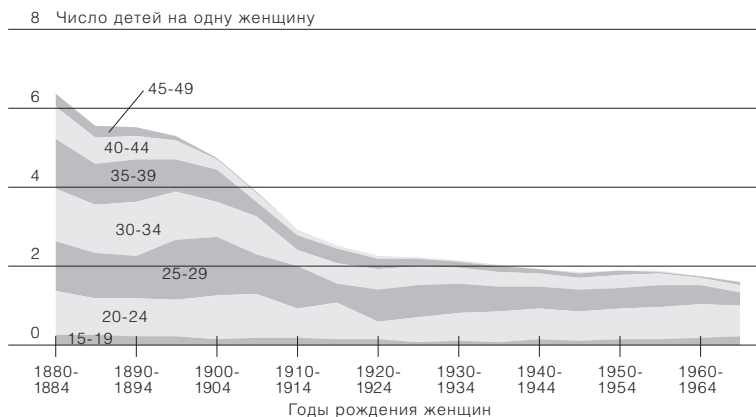


Таблица 12.4. Средний возраст матери и вклад возрастных групп матерей в общую величину итоговой рождаемости условных поколений, Россия, 1895–1999

| Календарные годы | Средний возраст матери | Вклад в итоговую рождаемость (%) матерей в возрасте: | | | | | | |
|------------------|------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 |
| 1895–1899 | 31,6 | 3,3 | 17,6 | 23,9 | 24,2 | 15,8 | 10,6 | 4,5 |
| 1900–1904 | 31,6 | 3,2 | 17,7 | 24,0 | 24,2 | 15,8 | 10,6 | 4,5 |
| 1905–1909 | 31,8 | 3,2 | 16,2 | 24,4 | 24,6 | 16,1 | 10,9 | 4,6 |
| 1910–1914 | 31,8 | 3,2 | 16,4 | 23,3 | 25,1 | 16,3 | 11,0 | 4,7 |
| 1915–1919 | 31,5 | 3,2 | 18,4 | 23,4 | 25,1 | 15,2 | 10,3 | 4,4 |
| 1920–1924 | 31,7 | 2,9 | 17,9 | 23,5 | 23,6 | 16,4 | 11,0 | 4,7 |
| 1925–1929 | 31,7 | 2,9 | 18,0 | 23,7 | 23,3 | 16,3 | 10,7 | 5,1 |
| 1930–1934 | 31,7 | 3,6 | 18,8 | 22,6 | 20,8 | 18,3 | 10,2 | 5,7 |
| 1935–1939 | 31,2 | 3,8 | 20,2 | 24,3 | 19,6 | 17,4 | 10,4 | 4,3 |
| 1940–1944 | 31,5 | 3,6 | 19,2 | 22,8 | 21,7 | 16,9 | 11,7 | 4,1 |
| 1945–1949 | 30,1 | 3,5 | 24,3 | 26,8 | 19,5 | 15,7 | 7,9 | 2,3 |
| 1950–1954 | 29,3 | 2,7 | 25,4 | 32,5 | 19,6 | 12,3 | 6,3 | 1,2 |
| 1955–1959 | 28,7 | 4,3 | 27,0 | 30,2 | 21,8 | 12,0 | 4,1 | 0,6 |
| 1960–1964 | 27,9 | 5,1 | 32,5 | 29,7 | 19,0 | 10,1 | 3,2 | 0,4 |
| 1965–1969 | 27,4 | 6,1 | 35,7 | 28,0 | 18,4 | 8,7 | 2,8 | 0,3 |
| 1970–1974 | 26,8 | 7,6 | 38,1 | 27,9 | 16,2 | 8,0 | 2,0 | 0,2 |
| 1975–1979 | 26,2 | 9,3 | 40,3 | 27,4 | 14,8 | 6,1 | 1,8 | 0,1 |
| 1980–1984 | 25,8 | 11,1 | 40,7 | 27,3 | 14,3 | 5,4 | 1,1 | 0,1 |
| 1985–1989 | 25,9 | 11,6 | 39,5 | 27,1 | 14,6 | 5,9 | 1,2 | 0,1 |
| 1990–1994 | 24,9 | 16,3 | 42,6 | 23,9 | 11,6 | 4,5 | 1,0 | 0,1 |
| 1995–1999 | 25,2 | 14,8 | 40,8 | 26,6 | 12,6 | 4,4 | 0,8 | 0,0 |

Расчитано по: табл. 10.3.

Рисунок 12.3. Возрастные коэффициенты рождаемости условных поколений, Россия

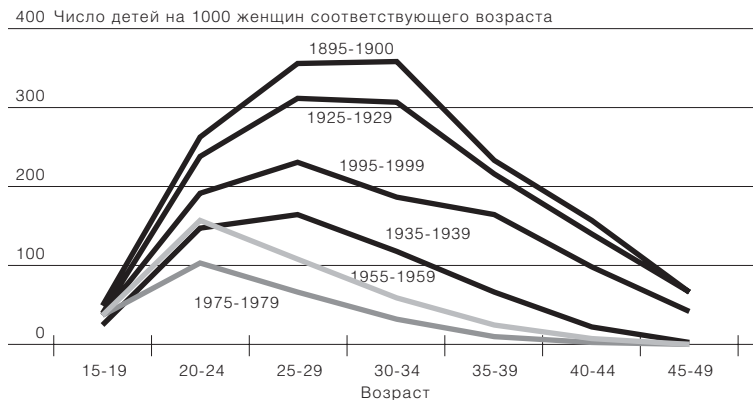


Рисунок 12.4. Возрастные компоненты итоговой рождаемости условных поколений, Россия, 1895–1999

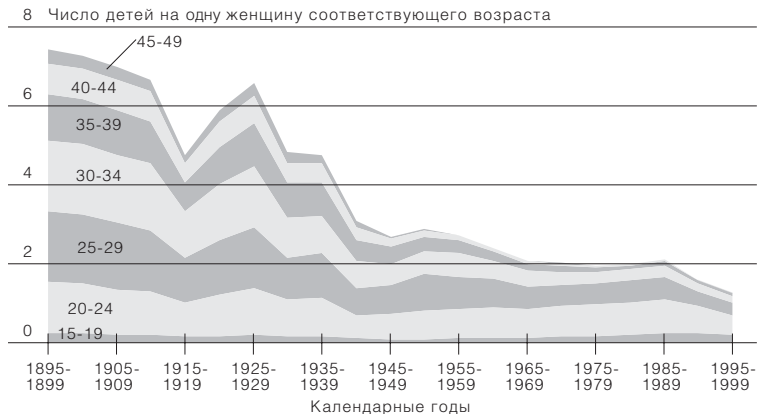


Рисунок 12.5. Относительный вклад возрастных групп в итоговую рождаемость условных поколений, Россия, 1895–1999

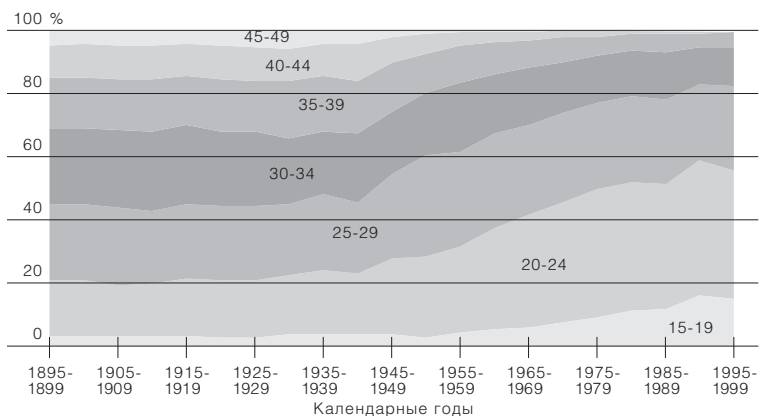


Рисунок 12.6. Средний возраст матери и итоговая рождаемость реальных поколений, Россия, женские поколения 1880–1969 годов рождения

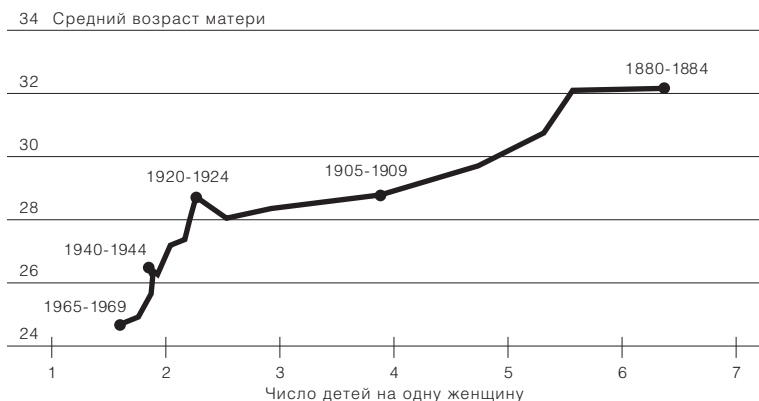
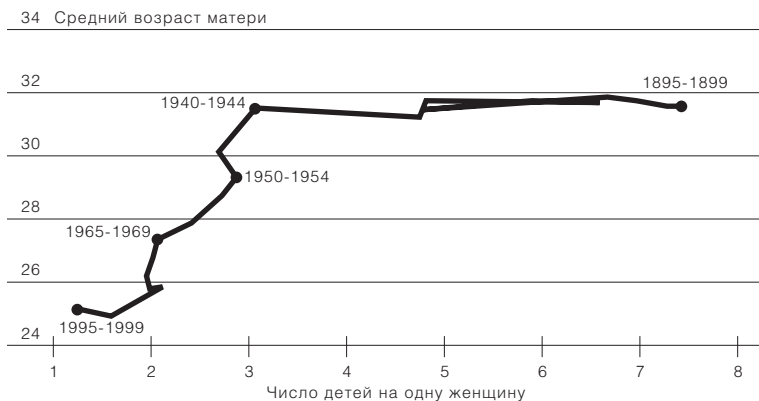


Рисунок 12.7. Средний возраст матери и итоговая рождаемость условных поколений, Россия, 1895–1999



Как показало еще исследование Р. Сифман, основанное на материалах репрезентативного обследования 1960 года (Сифман 1974: 101–109), снижение среднего возраста материнства в России было слабо связано с изменением среднего возраста матери при рождении очередного ребенка. При рождении второго и последующих детей он изменился за время демографического перехода незначительно. Колебания показателя лишь отражали кратковременное влияние привходящих обстоятельств (войны, периоды массового голода). Более поздние данные, полученные на основе микропереписи 1994 года (Scherbov, van Vianen 1999), а также данные текущего учета рождаемости для периода после Второй мировой войны подтвердили этот вывод.

В таблице 12.5 приведены почерпнутые из разных источников данные о среднем возрасте матери при рождении детей первых четырех очередностей у поколений женщин, родившихся на рубеже XIX и XX веков, в первой половине 1930-х и в 1958–1959 годах. Условно можно считать, что между собой сравниваются поколения «прародителей», «родителей» и «детей».

Таблица 12.5. Итоговое число детей, рожденных к 50 годам, в расчете на одну женщину и средний возраст матери при рождении первого, второго, третьего и четвертого ребенка в некоторых реальных поколениях российских женщин

| Год рождения женщин | Итоговое число детей | Средний возраст матери при рождении: | | | |
|------------------------|----------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|--------------------|
| | | первого ребенка | второго ребенка | третьего ребенка | четвертого ребенка |
| 1890–1894 ¹ | 5,25 | 24,3 | 26,9 | 29,0 | 32,0 |
| 1900–1904 ¹ | 4,47 | 23,4 | 26,2 | 28,9 | 31,8 |
| 1930–1934 ² | 2,05 | 24,8 | 28,1 | 30,0 | 32,1 |
| 1958–1959 ³ | 1,88 | 22,9 | 26,7 | 29,1 | 30,5 |

Источники: ¹ Сифман 1974: 63, 103; ² неопубликованные расчеты С. Щербова и Х. Ван Вианена по данным микропереписи 1994 года; ³ расчеты С. Захарова (полная таблица рождаемости для реальных поколений, построенная по данным текущего учета).

Несмотря на падение общего уровня рождаемости в России в несколько раз, какого-либо замедления средних темпов формирования семьи мы не обнаруживаем: поколения «бабушек» и их «внучек» производили на свет детей, по крайней мере, первых четырех, примерно в одном и том же возрасте. Вариация среднего возраста матери при рождении детей указанных очередностей составляет едва ли более одного года в различных поколениях. На фоне происходивших в стране колоссальных социальных изменений такие колебания можно считать незначительными, особенно если учесть возможную неполную методологическую сопоставимость результатов, полученных разными авторами.

Итак, историческое снижение среднего возраста материнства для всех рождений объясняется не снижением возраста матери при рождении каждого последующего ребенка, а почти исключительно тем, что в населении непрерывно уменьшалась доля многорожавших женщин и, соответственно, увеличивалась доля тех, кто ограничивался одним-двумя детьми, произведенными на свет, как и прежде, в очень молодом возрасте (до 25 лет).

В этом смысле Россия не выделяется на фоне других стран, переживших или переживающих переход от высокой рождаемости к низкой. Даже в тех из них, где возраст вступления в брак и возраст матери при рождении первенца в допереходный период был выше, чем в России, падение итоговой рождаемости в реальных и условных поколениях сопровождалось снижением среднего возраста материнства и появлением асимметричного возрастного профиля рождаемости с высокой концентрацией рождений, приходящейся на более молодые возраста.

Переходная трансформация возрастной модели рождаемости приводит к резкому сокращению средней длительности цикла деторождения — от вступления женщины в брак до рождения последнего ребенка. Если в поколениях россиянок, не затронутых снижением рождаемости, средняя длительность цикла деторождения составляла 18–20 лет, то в поколениях, переживших переход к низкой рождаемости, она сократилась до 6–7 лет, т.е. в три раза¹. Понятно, что это сокращение было следствием не более позднего начала периода прокреации (в связи с увеличением возраста вступления в брак или рождения первого ребенка), а более раннего его окончания. В итоге время жизни женщины, связанное с заботой о маленьких детях, намного сократилось и стало ограничиваться почти исключительно молодым возрастом — до 30 лет. Соответственно ушла в область преданий и ситуация, нередко возникавшая в традиционной семье, когда одновременно и мать, и ее старшая дочь нянчили собственных грудных детей².

Помимо общих черт, отмечаемых и в других странах, российский вариант исторической трансформации возрастной модели рождаемости имел некоторые особенности. Так, снижение среднего возраста материнства в России продолжалось даже после того, как был достигнут низкий уровень рождаемости. Слабое ускорение темпов формирования семьи обнаружило себя с конца 1950-х годов: снижался возраст вступления в первый брак и, соответственно, возраст матери при рождении первенца (за весь последующий период для условных поколений снижение составило примерно 1,5–2 года).

Поколения, репродуктивная деятельность которых пришлось на 1960–1980-е годы, стали вступать в брак даже чуть раньше, чем их родители и прародители, что отчасти было связано с вызванным войной нарушением половых пропорций на брачном рынке и интенсивной миграцией в города (Дарский, Ильина 1988: 21–23; Синельников 1989: 32–46). По данным выборочного обследования 1981 года, среди женщин русской национальности, родившихся в 1932–1936 годах, к 20 годам вступило в брак 16,1%, среди родившихся в 1957–1961 годах — 30,2% (Ильина 1984: 29). Соответственно и первенец в семье стал появляться очень рано, зачастую у матерей моложе 20 лет (модальный возраст первых родов достиг 20–21 года). В 1960-х годах вклад матерей в возрасте до 20 лет в итоговую рождаемость составлял 5–6%, а к началу 1990-х достиг 14–18%. Более чем тридцатилетняя тенденция роста рождаемости у молодых женщин привела к тому, что коэффициент рождаемости в возрасте до 20 лет стал выше, чем в возрасте 30–34 года.

1

Расчет средней длительности цикла деторождения базировался на оценках среднего возраста невесты и среднего возраста матери при рождении последнего ребенка, полученных М. Тольцем, Р. Сифман и М. Курманом (Вишневский, Тольц 1988: 76–80; Сифман 1974: 108; Курман 1981: 15–17).

2

Отец одного из авторов этого раздела, родившийся в 1919 году, по воле обстоятельств стал молочным братом своей родной тетки, родившейся на три месяца раньше него. Утром и ночью его кормила мать, а днем в ее отсутствие — бабушка. Если бы не «дополнительное» грудное питание, то у отца было бы мало шансов выжить в лихую годину Гражданской войны в Сибири.

Как будет показано ниже, во всех западных странах в постпереходный период (с конца 1960-х — начала 1970-х годов) наблюдалась обратная картина — практически сразу же после достижения низкой рождаемости (двух и менее детей на одну женщину) начиналось постепенное повышение возраста начала формирования семьи при безусловном и опережающем сокращении рождаемости в раннем возрасте. В России подобного перелома тенденции не произошло, и никаких признаков замедления темпов формирования семей на начальных этапах (замужество, рождение первенца) не наблюдалось вплоть до середины 1990-х годов.

12.4 Сокращение протогенетического интервала

В послевоенный период в России не только снизился средний возраст невесты, но уменьшился и протогенетический интервал — средняя продолжительность брака при рождении первенца. В таблице 12.6 представлена оценка среднего протогенетического интервала для поколений женщин, вступивших в первый брак в 1925–1993 годах (т.е. для всех женщин, родившихся с начала века и примерно до 1970 года).

Таблица 12.6. Протогенетический интервал для когорт россиянок, вступивших в брак в 1925–1989 годах, годы

| Годы вступления в первый брак | Протогенетический интервал | Годы вступления в первый брак | Протогенетический интервал |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| 1925–1929 | 2,30 | 1980–1984 | 1,35 |
| 1930–1934 | 2,18 | 1985 | 1,27 |
| 1935–1939 | 1,93 | 1986 | 1,23 |
| 1940–1944 | 2,28 | 1987 | 1,19 |
| 1945–1949 | 1,93 | 1988 | 1,13 |
| 1950–1954 | 1,88 | 1989 | 1,11 |
| 1955–1959 | 1,69 | 1985–1989 | 1,19 |
| 1960–1964 | 1,74 | | |
| 1965–1969 | 1,61 | | |
| 1970–1974 | 1,51 | | |
| 1975–1979 | 1,38 | | |

Источники: Сифман 1974: 147; неопубликованные данные микропереписи 1994 года; интерполяционные расчеты С. Захарова.

Для второй половины XIX века с ее традиционной моделью рождаемости средний протогенетический интервал можно оценить примерно в 2–2,5 года. С небольшой вариацией этот показатель продолжал оставаться на прежнем уровне вплоть до начала 1950-х годов. Затем в течение четырех десятилетий протогенетический интервал непрерывно уменьшался, достигнув 1 года к концу 1980-х и полугода (!) к середине 1990-х годов. Столь высокая скорость появления на свет первенца объясняется широким распространением, особенно среди молодых женщин, добрачных зачатий, реализовывающихся в рождениях уже после регистрации браков — так называемых браков «вдогонку» или «стимулированных», «вынужденных» браков.

Распространение подобных браков в России имело, видимо, те же причины, что и на Западе. Снижение возраста сексуального дебюта, особенно для городских женщин (Broderic, Fowler 1961: 27–30), омоложение брачности, произошедшие в послевоенное время, существенно

увеличили период времени, когда женщина рискует забеременеть, и, соответственно, число незапланированных беременностей до брака, в браке и вне брака. Так как люди следовали традиции, значительная часть незапланированных добрачных беременностей реализовывалась далее в «нежеланных», «ненамеренных» рождениях и стимулированных браках, повышая конфликтность во взаимоотношениях между партнерами, стимулируя разводы и т.п. По оценке американских специалистов, 20% всех первенцев в США в то время были зачаты до брака (в самых молодых возрастных группах, естественно, еще выше). От трети до половины ранних браков заключалось при наличии добрачной беременности, а на долю молодежи до 25 лет приходилось свыше половины всех детей рожденных вне брака (Nye, Berardo 1973: 207–208, 231). В середине 1960-х годов среди всех заключенных браков браки, стимулированные добрачными зачатиями (dependent marriages), составляли во Франции, в Западной Германии и Швейцарии 25–30% (Bourgeois-Pichat 1986: 15–19). О том, что большая часть добрачных беременностей прикрывалась скоропалительным браком и ребенок со статистической точки зрения рождался как «брачный», свидетельствует динамика доли внебрачных рождений в общем числе зарегистрированных рождений. Этот показатель, оставаясь низким, демонстрировал едва заметное увеличение в развитых странах вплоть до середины 1960-х годов, несмотря на существенное снижение возраста сексуального дебюта. Только затем наступил перелом, и внебрачная рождаемость в большинстве развитых стран начала быстро расти по мере увеличения брачного возраста и разворачивания нового витка снижения рождаемости.

Американский демограф Н. Райдер разработал специальную статистико-демографическую модель, позволяющую оценить, какую долю в рождениях детей каждой очередности занимают ненамеренные/нежеланные (unintended) рождения³. Согласно его расчетам, 30% общего прироста итоговой рождаемости реальных поколений в США за период «бэби-бума» было обеспечено приростом нежеланных рождений. При этом рост вероятности третьих по счету рождений был преимущественно связан с ненамеренными рождениями (вероятность рождения четвертых и последующих детей продолжала неуклонно снижаться от поколения к поколению и в период «бэби-бума») (Ryder 1982; Ryder 1986). Если бы планирование семьи в то время в американских семьях было более эффективным и рождались бы только желанные дети, распределение женщин, родившихся между 1901–1905 и 1931–1935 годами, по числу рожденных ими детей оказалось бы существенно более смещенными в сторону низких порядков рождений (1–2 ребенка) по сравнению с фактически наблюдаемыми распределениями (табл. 12.7).

Браки «вдогонку» быстро распространялись и в России. Первым среди отечественных специалистов обратил внимание на этот феномен М. Тольц, который провел специальную разработку актов о рождении в г. Перми за 1966 год. Анализ показал, что 67,9% всех рождений (первых и последующих) у матерей в возрасте до 20 лет и 34,9% — в возрасте 20–24 года были следствием добрачных зачатий (Тольц 1974: 48). Позднее по той же методике была проведена разработка данных в г. Ленинграде (1970), показавшая сходные результаты — 64,5%

3

Подход, предложенный Н. Райдером, основан на сравнении фактических значений вероятностей увеличения семьи с теми, которые бы наблюдались в модели естественной рождаемости, т.е. при условии, что рождаемость не регулируется на внутрисемейном уровне, а также на оценках доли незапланированных беременностей (контрацептивных неудач), полученных при массовых опросах.

и 37,3% для тех же возрастных групп женщин (Миняев, Поляков 1979: 48). Спустя 15 лет М. Тольц повторил свое исследование в Перми и показал, что за истекшее время доля добрачных зачатий увеличилась (Тольц, Оберг 1983: 121). Среди первенцев доля добрачных зачатий, реализовавшихся в рождениях в первые 8 месяцев после регистрации брака, существенно выросла, наиболее значительно — у самых молодых женщин (табл. 12.8). Интересно, что при этом сократилась доля первенцев, зачатых и успевших родиться до регистрации брака с отцом ребенка. Юридическое «прикрытие» ускоренным браком добрачной беременности усилилось у женщин всех возрастов, на что, вероятно, повлияло упрощение процедуры регистрации и расторжения брака в результате изменений законодательства в 1968–1969 годах (Тольц 1986: 44). «Вместе с тем... значительная часть пар откладывает регистрацию брака и только перспектива появления ребенка побуждает их к его оформлению. Распространение добрачных зачатий снижает возраст вступления в первый брак», — писал М. Тольц (Там же, 44).

Таблица 12.7. Распределение женщин 1901–1905 и 1931–1935 годов рождения по числу фактически рожденных детей и по числу детей, которые были бы рождены при эффективном планировании семьи, США, %

| Годы рождения женщин | Женщины с числом рождений | | |
|-------------------------------|---------------------------|----|-----------|
| | 0–1 | 2 | 3 и более |
| Фактическое распределение | | | |
| 1901–1905 | 35 | 22 | 43 |
| 1931–1935 | 16 | 22 | 62 |
| Гипотетическое распределение* | | | |
| 1901–1905 | 53 | 19 | 28 |
| 1931–1935 | 23 | 32 | 45 |

* При условии, если бы внутрисемейный контроль рождаемости был эффективным.

Источник: Ryder 1986: 635.

Таблица 12.8. Доля зачатых до брака среди первенцев, родившихся в браке, Пермь, 1966 и 1981, и Москва, 1995, %

| Возраст матери | Рождения в первые 8 месяцев брака | | | Рождения до регистрации брака | |
|----------------|-----------------------------------|-------------|--------------|-------------------------------|-------------|
| | Пермь, 1966 | Пермь, 1981 | Москва, 1995 | Пермь, 1966 | Пермь, 1981 |
| 18–19 | 46,5 | 65,5 | 44,7 | 9,5 | 1,5 |
| 20–24 | 28,0 | 36,7 | 25,1 | 4,4 | 0,6 |
| 25–29 | 19,7 | 26,1 | 19,0 | 6,1 | 0,4 |
| 30–34 | 20,4 | 28,6 | 21,5 | 12,6 | 0,3 |
| 35 и старше | 25,9 | 24,0 | 23,8 | 16,7 | – |

Источники: Тольц 1986: 44 (Пермь); неопубликованные расчеты Е. Ивановой (Москва).

Данные, полученные Е. Ивановой в результате сплошной разработки актов о рождении в Москве за 1995 год, дают основание предполагать, что хотя доля добрачных зачатий и остается высокой, тенденция к ее повышению, видимо, исчерпала себя: доля добрачных зачатий, реализовавшихся в рождениях в первые 8 месяцев брака у женщин в возрасте до 20 лет составила 44,7%, а у 20–24-летних — 25,1%. К сожалению, у нас отсутствуют сведения о Москве за более ранний период, а о Перми и Петербурге, наоборот, за 1990-е годы. И все же, располагая и другими косвенными признаками, о которых пойдет речь ниже, можно предположить, что перелом тенденции к омоложению рождаемости и брачности в России произошел именно в середине 1990-х годов.

Таким образом, фактор быстрого распространения добрачных зачатий в молодежной среде, по всей видимости, сыграл едва ли не решающую роль в наблюдавшемся в 1960–1990-х годах снижении возраста вступления в регистрируемый брак в России, в условиях, когда для значительной части молодежи была характерна ориентация на брак не с целью создания семьи, а с целью узаконивания сексуальных отношений, так как ни моральные соображения, ни материальные условия не позволяли молодым людям сожительствовать до брака (что, вероятно, было одной из наиболее существенных черт, отличавших поведение молодежи в СССР от ее поведения в странах Запада) (Гурко, Игнатова 1997: 51).

В свою очередь, распространение добрачных зачатий означает не что иное, как расширение в юном возрасте практики сексуальных отношений, изначально не связанных с браком и рождением детей. Как показывали локальные выборочные обследования (Голод 1996; Бочарова 1994: 98–107; Червяков 1995: 25–28; Денисенко, Далла-Зуанна 1999), возраст сексуального дебюта имел тенденцию к снижению в России все 1960-е и 1970-е годы, а последнее ускорение этого процесса произошло в начале 1990-х годов. Данная тенденция, ее социальный контекст и последствия достаточно полно освещены И. Коном (Кон 1997: 262–264, 280–298, 299–312). Повышение добрачной сексуальной активности в России, в отличие от западных стран, переживших в те же годы контрацептивную революцию, было не обеспечено эффективной контрацептивной защитой, отсюда — массовое распространение незапланированных беременностей, нередко заканчивающихся в молодом возрасте и криминальными абортами (Шнейдерман 1991: 122), и рождениями нежеланных детей.

Итак, за снижением возраста вступления в брак и снижением возраста матери при рождении первого ребенка (а соответственно, и материнства в целом), произошедшим в 1960–1980-х годах, стоит одна и та же главная причина — изменение добрачного сексуального поведения молодежи, и, в первую очередь, снижение возраста сексуального дебюта у девушек на фоне низкой эффективности используемых контрацептивных средств и низкой культуры в области планирования семьи в России вообще⁴. Снижение возраста сексуального дебюта в среднем на 2–3 года оказалось достаточным, что уменьшить средний возраст матери при рождении первого ребенка на 1,5–2 года. М. Тольц писал 30 лет назад: «Переход к широкому применению высокоэффективных и простых в употреблении гормональных контрацептивов, может быть, явится фактором, повышающим как брачный возраст (для женщины), так и возраст при рождении первого ребенка. Преждевременное наступление беременности уже не будет стимулировать более раннее вступление в брак в тех случаях, когда оно откладывается молодыми людьми. Эту возможную тенденцию следует принимать во внимание при составлении прогнозов рождаемости и брачности» (Тольц 1974: 52). Как показала практика, условия для реализации этого прогноза появились лишь во второй половине 1990-х годов.

4

По данным самого крупного выборочного обследования в области планирования семьи, проведенного в 1980-х годах, лишь 42% респондентов узнали о методах и средствах контрацепции до начала половой жизни (в Хабаровском крае еще ниже — только 1/3 опрошенных), а 12,5% женщин об этом узнали лишь после первых родов или аборта (Шнейдерман 1991: 122–123).

13.1 Снижение рождаемости: мальтузианская и неомальтузианская стратегии

На рубеже XVIII и XIX веков английский экономист Томас Роберт Мальтус (1766–1834), обращаясь к своим современникам, рекомендовал, «чтобы лица обоего пола проживали довольно значительное число лет в безбрачии, прежде чем наступит для них возможность вступления в брак... Если бы отсрочка, о которой идет речь, и вызвала некоторое неудовольствие среди мужчин, то, во всяком случае, женщины подчинились бы ей с готовностью; при уверенности, что они выйдут замуж в 28 или 30 лет женщины без сомнения, по собственному выбору, скорее пожелали бы дождаться этого возраста, чем к двадцати пяти годам уже быть обремененными многочисленной семьей» (Мальтус 1895: 84, 87). Рекомендации Мальтуса основывались не только на его убеждении в необходимости ограничивать число детей в семьях, но и на реальной практике многих стран Западной Европы. «Мальтузианский» путь откладывания браков, а то и полного отказа от них (то, что позднее Дж. Хаджнал назвал «европейским типом брачности») широко применялся здесь задолго до Мальтуса. «Четко выраженный европейский тип брачности можно с достаточной достоверностью проследить начиная с XVII века для всех слоев населения» (Хаджнал 1979: 65).

Соответственно и умеренное снижение рождаемости в Западной Европе началось давно, не позднее XVII века. Россия же отличалась ранней и всеобщей брачностью, что и было одной из главных предпосылок ее чрезвычайно высокой рождаемости.

В конце XIX века могло казаться, что Россия стоит на развилке двух возможных путей демографического развития.

Первый — дивергентный с Западом путь сохранения высокой рождаемости. У России свои традиции; тип крестьянского хозяйства требует здесь большого числа рабочих рук; в отличие от Западной Европы, Россия располагает огромными просторами и т.п. Западноевропейский путь снижения рождаемости с помощью откладывания браков, как, впрочем, и любыми другими способами, не подходит России.

Второй путь — конвергентный. Снижение смертности в России, как и везде, откроет дорогу снижению рождаемости, так что западноевропейский путь в этом смысле универсален. Россия повторит его, хотя и с запозданием, ей тоже придется воспользоваться если не советом Мальтуса, то просто опытом своих западноевропейских соседей и встать на путь снижения рождаемости, а значит и более поздних браков.

На деле же реализовался третий путь, который еще сто лет назад трудно было предвидеть. В конце XIX века вместе с активным расширением контроля смертности, появилась объективная возможность снизить рождаемость в большей мере, чем это позволяла «мальтузианская» стратегия, и жители Западной Европы постепенно стали осваивать иную, «неомальтузианскую» стратегию сокращения рождаемости путем ее намерен-

ного ограничения в браке, отказываясь при этом от традиционной для них поздней брачности. (Для священника Мальтуса такой способ ограничения рождаемости был неприемлемым, он осуждал «средства, противные нравственности» [Мальтус 1895: 84] и настаивал на целомудрии.)

По этому же пути пошла и Россия (а затем и СССР), так что сближение демографического поведения достигалось за счет движения с двух сторон: Запад приближался к России по типу брачности, Россия же все более осваивала неомальтузианскую практику, которая почти в одинаковой степени была нова как для России, так и для Запада.

Однако при этом Россия не имела накопленного Западом опыта. Давняя «мальтузианская» стратегия поздней брачности и более низкой рождаемости впоследствии облегчила и переход к новой «неомальтузианской» стратегии регулирования рождаемости в Западной Европе. Он и здесь совершился не сразу, практика ограничения деторождения в браке в большинстве западноевропейских стран не получила мгновенного распространения. Поначалу она лишь дополняла прежнюю стратегию ограничения размера семьи путем откладывания браков и только постепенно стала ее вытеснять.

В России все было по-иному. Дореволюционная Россия и культурно и психологически была очень мало подготовлена к снижению рождаемости хоть тем, хоть иным способом. Само стремление ограничить рождаемость воспринималось в России как пресловутая «буржуазность», постыдная расчетливость, дремучее мещанство, недостойное «широкой русской души». На самом же деле, общество лишь демонстрировало свою неготовность к важным социальным нововведениям, уклониться от которых было невозможно. Оставалось выбирать между двумя означенными стратегиями.

Выбрать «мальтузианский» вариант демографического развития страна уже опоздала. Возможности двигаться постепенно в СССР не было, а путь, который должны были проделать показатели рождаемости, переходя от высокого уровня к низкому, был здесь едва ли не вдвое большим, чем на Западе. Требовались, стало быть, более кардинальные и более быстрые перемены в демографическом поведении. Их мог обеспечить только «неомальтузианский» выбор.

Надо сказать, что и на Западе (за исключением Франции) неомальтузианская пропаганда, у истоков которой стоял младший современник Мальтуса Фрэнсис Плейс (1771–1854), не сразу нашла для себя подготовленную почву. В той же Англии, на родине Плейса, на признание обществом свободы прокреативного выбора супругов ушел чуть не весь XIX век.

Плейс, отец 15 детей, начал распространять листовки, пропагандирующие методы предотвращения зачатия (а именно: coitus interruptus и вагинальные барьерные методы), когда ему было уже больше 50 лет (Potts, Selman 1979: 290). Вскоре у него появились последователи. В Англии это был Ричард Карляйль, а на американскую почву идеи британских защитников контрацепции перенес Роберт Дэйл Оуэн, сын знаменитого социалиста-утописта Роберта Оуэна. У новых методов ограничения деторождения появлялось все больше сторонников, на протяжении XIX века их движение набирало силу.

Среди активистов неомальтузианства середины XIX века выделяются Джордж Дриздейл с его вышедшей в 1854 году работой *The Elements of Social Science* («Начала социальных наук») и издатель

Чарльз Брэдлоу. Именно Брэдлоу принадлежит инициатива создания в 1861 году Мальтузианской лиги, которая в 1870-е годы приняла название «Неомальтузианской».

В 1877 году, после того, как за публикацию книги Чарльза Нолтона, где был подробно описан метод спринцевания (впервые она вышла в Америке еще в 1832 году), один английский издатель был осужден на два года тюрьмы, Брэдлоу и известная общественная деятельница Анни Безант демонстративно переиздали ее. Судебные споры привлекли внимание к проблеме, тема контроля рождаемости стала предметом общественной дискуссии. Число публикаций о противозачаточных средствах резко возросло — как и их популярность. Знания о возможностях контроля рождаемости распространялись. Но и преследования за распространение этих знаний продолжались, в обстановке викторианской Англии его осуждала большая часть медицинского сообщества, называвшая методы контрацепции и соответствующие публикации «грязными» и «непристойными».

Только к концу XIX столетия страсти в Западной Европе и Северной Америке поутихли, «неомальтузианская» практика становилась все более рутинной и массовой. По-видимому, в XIX — начале XX века ее главными инструментами оставались традиционные, «доиндустриальные» методы контроля рождаемости, такие как *coitus interruptus* и аборт, тогда как новые, основанные на технических достижениях средства регулирования рождаемости стали играть существенную роль намного позже (Wrigley 1969: 188–190). В частности, в XIX веке многие западные страны столкнулись с увеличением числа нелегальных аборт. В городах США, Англии, Франции и других западных стран услуги по прерыванию беременности широко рекламировались и были неплохим источником дохода для тех, кто эти услуги предоставлял. По некоторым оценкам, во второй половине XIX века в США абортom заканчивалась каждая пятая беременность (Potts, Selman 1979: 201).

Тем не менее, к последней четверти XIX века в индустриальных странах уже были описаны, производились и распространялись все известные сегодня методы контроля рождаемости, за исключением гормональной контрацепции. Производство спермицидов, презервативов из синтетических материалов, вагинальных барьерных средств в конце XIX века быстро увеличивалось (Там же, 290).

13.2 Дореволюционная Россия: инерция многовекового запрета

В России в это время «неомальтузианская» практика была распространена намного меньше и все еще оставалась уделом очень узкого социального слоя. Но в начале XX века общественное внимание к проблеме аборта росло и здесь, а отношение к ней менялось, постепенно становясь более прагматичным. Незадолго до революции интерес к ней обозначился очень четко, по крайней мере, в медицинской среде. Выше, в разделе 3.4, мы видели, что «щекотливые вопросы» довольно активно обсуждались уже на 3-м Пироговском съезде в 1889 году. В декабре 1911 года вопрос об искусственном выкидыше был поставлен первым программным вопросом на 4-м съезде общества Российских акушеров и гинекологов, а затем также стал программным на заседаниях отделения акушерства и женских болезней 12-го Пироговского съезда врачей (май–июнь 1913 года).

Многие участники обоих съездов подчеркивали социальную обусловленность абортов, которая, правда, часто сводилась к тяжелым условиям жизни, приводящим к нежеланию иметь детей: «Если бы мы устранили причины, вызывающие это нежелание, то этим самым был бы разрешен вопрос и о детоубийстве, и о преступном выкидыше, и о применении противозачаточных средств» (Личкус 1913: 1359); «Кого заставляет нужда, тот и при современном официальном законе делает себе выкидыш, но попадает в руки, из которых дорога или в больницу, или в могилу» (Бродский 1914: 40).

Раздавались и голоса в защиту права женщины (в основном из уст женщин-врачей) самой решать вопрос о материнстве: «...женщина желает жить свободной жизнью, как и мужчина...», «...женщина не только самка, но и человек с определенными культурными потребностями» (Л. Горовиц-Власова [12-й Пироговский съезд 1913: 1011]); «женщина может и будет распоряжаться своей жизнью, как она захочет» (К. Бронникова [Там же]); «женщина должна стараться подчинить себе природу, а не быть игрушкой в руках этой природы... беременность должна быть только сознательной и желательной» (О. Пирожкова [Труды IV съезда 1911: 107]) и т.д.

Сторонники изменения отношения к аборту настаивали на необходимости смягчения наказания за аборт, а в ряде случаев (имея в виду как медицинские факторы, так и социальные условия) и признания аборта законным.

Свою систему аргументов имели и противники исключения аборта из числа преступлений. Они говорили о том, что плод от зачатия является живым существом, и поэтому аборт — это убийство, что прерывание беременности противоречит христианству, ведет к разнузданности и потрясению основ семьи и народной морали.

В медицинской среде в России уже тогда было немало людей, которые понимали, что единственной разумной альтернативой искусственному прерыванию беременности служит ее предотвращение. В качестве примера можно привести один из докладов на 4-м съезде Общества российских акушеров и гинекологов в декабре 1911 года. Поскольку карательные меры против аборта не приносят результата, а призыв к воздержанию не имеет смысла, единственным путем сокращения практики абортов, по мнению докладчика, должны были стать «предохранительные от зачатия меры». Отмечая то обстоятельство, что совершенного (надежного, безопасного, удобного в применении и дешевого) средства пока не найдено, он говорил о необходимости научной разработки средств, предупреждающих зачатие (Окинчиц 1912: 66).

Практически на всех съездах и конференциях, где поднимался вопрос о регулировании деторождения, звучал голос обеспокоенных «вырождением нации», которые противопоставляли аборты и противозачаточные средства росту численности населения. «Дорожа могуществом и ростом своей нации, следует отказаться от всех средств, так или иначе предупреждающих беременность», — говорилось еще на 3-м Пироговском съезде (Дневник 1889: 257). По этой же причине осуждалось и применение противозачаточных средств («неомальтузианство») как мера борьбы с абортами: «Интересы государства — прирост населения. В интересах государства неомальтузианство должно рассматриваться так же, как преступление» (12-й Пироговский съезд 1913: 1011). В частности, в неомальтузианстве был обвинен Л. Окинчиц за свой доклад на 4-м съезде Общества российских акушеров и гинекологов.

Окончательная резолюция, принятая на заседаниях отделения акушерства и женских болезней 12-го Пироговского съезда, настаивала на том, что уголовное преследование матери за искусственный выкидыш не должно иметь места; также должны быть освобождены от уголовной ответственности и врачи, производящие аборт по просьбе и настоянию женщины; а исключение из этого положения должны составлять врачи, сделавшие аборт из корыстных целей своей профессией. В постановлении, принятом всем 12-м Пироговским съездом, говорилось: «1) Искусственные выкидыши, не вызываемые специальными медицинскими показаниями, представляют собой зло, но борьба с ними должна вестись в области государственных и специальных реформ, а не карательных мер. 2) Нынешнее законодательство об аборте не соответствует требованиям времени и должно быть пересмотрено...» (Хроника 1913: 882).

В защиту исключения аборта из числа преступлений высказалось и большинство участников заседания Русской группы Международного союза криминалистов в 1914 году.

Через несколько дней после окончания 12-го Пироговского съезда в «Правде» появилась статья В. Ленина «Рабочий класс и неомальтузианство». Статья была довольно двусмысленной. Она была направлена против неомальтузианства, «этого течения для мещанской парочки, заскорузлой и себялюбивой» (Ленин 1973: 257), т.е., по существу, против практики ограничения деторождения супругами. Но Ленин, конечно, не мог выступить в поддержку правовых норм государства, против которого он боролся, и требовал «безусловной отмены всех законов, преследующих аборт или за распространение медицинских сочинений о предохранительных мерах и т. п.» (Там же).

- 13.3 Искусственный аборт: качели законодательства
и тенденции массового поведения
- 13.3.1 Аборт разрешен (1920–1936)

Наступившая война положила конец спорам об аборте (Гернет 1927: 12), а когда несколько лет спустя к власти пришли большевики, аборт был легализован. В соответствующем совместном постановлении Народных комиссариатов здравоохранения и юстиции РСФСР 1920 года говорилось, что правительство руководствуется целями охраны здоровья женщины и интересами расы. Постановление перекликалось с положениями резолюции, принятой на заседаниях отделения акушерства и женских болезней 12-го Пироговского съезда 1913 года: оно также допускало производство аборта только врачом и только в условиях больницы; врач, произведший операцию с корыстной целью, должен был предаваться суду (Об искусственном прерывании 1958: 63–64).

Можно согласиться с исследователями, которые видят в законе 1920 года скорее логическое завершение дискуссии, начатой в дореволюционной России, чем порождение новой, революционной идеологии (Aydeev, Blum, Troitskaja 1995: 41). Но нельзя не признать, что правительственное постановление, легализующее аборт, было весьма двусмысленным. Разрешая аборт, оно в то же время объявляло его «злом для коллектива», объясняло «моральными пережитками прошлого и тяжелыми экономическими условиями настоящего» и предсказывало

его постепенное исчезновение (Об искусственном прерывании 1958: 63–64). Аборт никак не связывался с неустранимой объективной необходимостью планирования семьи, и не ставился вопрос о том, что может стать альтернативой ему в новых условиях.

Эта двусмысленность отнюдь не была случайной. Получив свободу аборта в 1920 году, Россия намного опередила западные страны — они вступили в полосу полной легализации аборта лишь полстолетия спустя, в 60–70-е годы. Для такого авангардизма в России начала века не было достаточных оснований. Население, за исключением части городских слоев, не было готово воспользоваться новыми законодательными возможностями. В особенности это относится к крестьянскому большинству населения той поры, которое, как мы видели выше (раздел 3.4), к началу XX века почти не было знакомо с практикой предупреждения рождений. К середине 1920-х годов в русской деревне мало что изменилось.

Вот любопытное свидетельство из отчета Института социальной гигиены, относящееся к 1926 году: «Случаи искусственного выкидыша среди крестьянок, обследованных нами, не отмечены. Большая часть крестьянок до разрешения производить аборт легально и не знали о возможности искусственного прерывания беременности. Во время обследования встречались женщины, которые не знали о праве на аборт... Большинство женщин боятся операции: „выскабливая, потеряешь здоровье“, „боюсь смерти“, „носи да носи“. О двух женщинах соседи упорно говорят, что те сознательно избегают зачатия, но скрывают это. Не желавшие иметь детей могли избавиться от родившихся уже, оставляя их без ухода: „больно жизнь хороша без детей“, — говорила мать, у которой умерли все восемь рожденных ею» (Синкевич 1929: 46).

Согласно результатам опроса, проводившегося в 1927 году в одном из украинских сел (а украинские села в то время едва ли принципиально отличались от русских) среди женщин старше 50 лет, бывших активными в репродуктивном отношении на рубеже XIX и XX веков и в начале XX века, лишь 11 из 119 замужних женщин пользовались какими-либо методами для предохранения от беременности, в основном методом прерванного полового сношения. При этом рождаемость оставалась высокой: в среднем на 1 женщину приходилось 7,4 рождения (Томилин 1973г: 219).

Но это было в деревне. В городах же число абортов быстро увеличивалось. Сейчас невозможно сказать, в какой степени это происходило за счет «выхода из подполья» нелегальных абортов и улучшения регистрации, а в какой — за счет непосредственного роста уровня абортов. Многие специалисты высказывались в пользу большей роли первого фактора (Генс 1929; Паевский 1970а; Садвокасова 1969). В государственных больницах не хватало коек для растущего числа пациенток, поэтому постановлением Народных комиссариатов здравоохранения и юстиции от 3 ноября 1924 года были организованы специальные комиссии, которые давали заключение об основании прерывания беременности и постановление об удовлетворении или отказе в просьбе о бесплатном аборте. Постановление определяло последовательность, в которой должно было предоставляться право на бесплатный аборт: 1) безработные-одиночки, 2) одиночки-работницы, имеющие одного ребенка, 3) многодетные, 4) жены рабочих, 5) все остальные категории застрахованных и 6) остальные гражданки (Генс 1929: 28). Те женщины,

которые не входили ни в одну из этих категорий, были вынуждены обращаться в частные клиники или пользоваться нелегальными услугами. Впоследствии таким женщинам была предоставлена возможность делать аборт в государственных больницах, но за деньги. По мнению А. Попова, именно тогда была создана настоящая «абортная индустрия» (Попов 1994: 5). Население привыкло к использованию аборта, который стал наиболее эффективным и доступным методом контроля рождаемости.

Начало сбора статистических данных об абортах восходит к 1924 году, когда была введена обязательная регистрация женщин, попавших в больницу для производства полного аборта, и женщин, поступивших в больницу с начатым вне больницы (неполным) абортом (Генс 1926; Гернет 1927). Регистрировались данные о возрасте, национальности, профессии, проживании в городе или деревне, семейном состоянии, квартирных условиях, а также о количестве у женщины беременностей, родов и выкидышей, месяце беременности. С 1925 года ЦСУ СССР начало разработку этих карточек, а в 1927 году выпустило два сборника — «Аборты в 1925 году» и «Аборты в 1926 году». Ожидалось, что знание социально-демографических характеристик делающих аборт женщин даст возможность изучать причины роста абортов (которые, согласно преобладавшей тогда точке зрения, имели экономическую природу) и вырабатывать меры борьбы с ними. Период активного изучения и обсуждения этой проблемы продлился, однако, недолго.

Данные об абортах в этот период оставались далеко не полными, так как, во-первых, регистрация не была введена одновременно на всех территориях страны; во-вторых, часть женщин продолжала прибегать к нелегальным услугам в этой области; и, в-третьих, существовала возможность делать платные аборты, на которые карточка не всегда заводилась (хотя чаще «женщина предпочитала проходить через обследование комиссии и сэкономить несколько десятков рублей, нежели идти в платные больницы» [Гернет 1927: 15]).

Учитывая высокий уровень рождаемости, можно предположить, что в первой половине 1920-х годов распространенность абортов в России не была еще очень значительной. В России, «...в сравнении с Западной Европой, вообще нет еще большого распространения абортов», — писал А. Генс в 1926 году (Генс 1926: 17). Он приводит данные обследования 1000 иваново-вознесенских женщин-текстильщиц: из 100 беременностей закончились родами 94–95 в 1900–1913 годах, 91 — в 1914–1916 годах, 85 — в 1917–1919 годах, 77 — в 1920–1922 годах и 71 — в 1923–1924 годах. Обследование этих женщин также показало, что на одну грамотную приходилось в среднем 3,8 беременностей, а на одну неграмотную — 5,3, и что грамотные чаще прибегали к искусственному прерыванию беременности (Там же, 17–18).

В качестве главной проблемы современники называли подпольные аборты, часто губительные для здоровья женщины, что было связано, скорее, с желанием уйти от морального осуждения окружающих, сохранявшегося, несмотря на юридическую дозволенность прерывания беременности. «Борьба с подпольными абортами является главной целью этого [1920 года] постановления», — писал тогда А. Генс (1927: 22). С легализацией аборта стало расти число регистрируемых операций, что, по мнению современников, объяснялось «главным образом, извлечением абортов из подполья» (Генс 1928: 44).

Уже тогда обнаружилась специфическая роль аборт в России. В 1929 году, анализируя ситуацию в Ленинграде, В. Паевский отмечал, что за границей аборт используется в качестве способа ограничения рождаемости лишь «в некоторой степени», а главная роль принадлежит противозачаточным средствам. В Ленинграде же, «главнейшую, преобладающую роль, по-видимому, играет аборт, и практика противозачаточных мероприятий еще не получила широкого развития» (Паевский 1970: 340).

В 1924 году в стране (без данных по Северо-Кавказскому краю, Уральской области, Вологодской, Курской и Нижегородской губерниям) были зарегистрированы 131 572 женщины с полным или неполным абортом. В отношении 102 896 женщин было известно их распределение по территориям и разделению на полные и неполные аборты. Доля неполных, т.е. начавшихся вне больницы, аборт составила 37% (от 29% в губернских городах до 46% в сельской местности — разница объясняется лучшей доступностью услуг в губернских городах) (Генс 1926: 10).

В 1925 году было зарегистрировано 200 тыс. женщин, попавших в больницы с абортом, при этом доля аборт, начавшихся вне больницы, составила 28,8% — от 25,1% в губернских городах до 42,8% в сельской местности (Генс 1927: 24).

В Москве и губернских городах при стремительном росте общего числа аборт происходило более быстрое, чем на остальной территории, снижение доли подпольных аборт (табл. 13.1), благодаря увеличению числа коек для производства аборт.

Таблица 13.1. Число аборт по губернским городам России, 1924–1927

| | Аборты | 1924 | 1925 | 1926 | 1927 |
|---|-------------|-------|-------|-------|-------|
| Москва | Полные | 10152 | 18071 | 31986 | 40001 |
| | Неполные | 3809 | 3810 | 3893 | 5851 |
| | Всего | 13961 | 21881 | 35879 | 45852 |
| | Неполные, % | 27,3 | 17,4 | 10,9 | 12,8 |
| Ленинград | Полные | | | 19110 | 33527 |
| | Неполные | н/д | н/д | 2536 | 1996 |
| | Всего | 6692 | 16598 | 21646 | 35523 |
| | Неполные, % | | | 11,7 | 5,6 |
| Всего по 13 губернским городам (без Москвы и Ленинграда)* | Полные | 6737 | 11127 | 16140 | 24481 |
| | Неполные | 4185 | 5684 | 6330 | 7244 |
| | Всего | 10922 | 16811 | 22470 | 31725 |
| | Неполные, % | 38,3 | 33,8 | 28,2 | 22,8 |
| | | | | | |

* Астрахань, Вятка, Иваново-Смоленск, Сталинград, Вознесенск, Кострома, Тверь, Ярославль, Симферополь, Пенза, Рязань, Самара, Казань.

Источники: Генс 1929: 22–23; Паевский 1970: 309, 318.

Число аборт на 100 родов в губернских городах возросло за три года почти втрое (табл. 13.2). Следует, однако, учитывать, что в это число входят аборты, сделанные приезжими женщинами, а кроме того, улучшение качества учета: по мнению В. Паевского, в Ленинграде только к 1928 году полнота регистрации стала близкой к исчерпывающей (Паевский 1970: 318).

В сельской местности были еще очень сильны традиции крестьянской семьи, но и там число прерванных беременностей росло

(табл. 13.3). Согласно результатам анкетирования сельских участковых врачей, проведенного Наркомздравом СССР в 1925 году, крестьянки хоть и обращались с просьбой произвести аборт, просили об этом тайно, боясь огласки (Генс 1926: 9). Значительную часть мотивировок аборта (20%) составили внебрачные беременности, которые считались в деревне позором. Обследование также показало, что, хотя потребность в такой услуге существовала, аборты производились только примерно в 40% врачебных участков. Да еще за разрешением на бесплатные аборты надо было ехать в уездный город. Не удивительно, что подпольный аборт в сельской местности (сделанный чаще всего «бабкой») преобладал над легальным. Правда, циркуляром от 17 марта 1925 года Наркомздрав дал право участковым врачам самостоятельно разрешать аборт при наличии медицинских и социальных показаний.

Таблица 13.2. Число аборт в губернских городах России, 1924–1928, на 100 родов

| Годы | Москва | Ленинград | В среднем по 13 губернским городам* |
|------|--------|-----------|-------------------------------------|
| 1924 | 27 | 21 | 24 |
| 1925 | 38 | 43 | 33 |
| 1926 | 61 | 51 | 45 |
| 1927 | 86 | 88 | 63 |
| 1928 | | 139 | |

* Астрахань, Вятка, Иваново-Вознесенск, Кострома, Пенза, Рязань, Самара, Смоленск, Сталинград, Тверь, Ярославль, Симферополь, Казань.

Рассчитано по: Генс 1929: 22; Паевский 1970а: 309.

Таблица 13.3. Данные об абортах по сельским участковым больницам, 1922–1924

| | Легальные аборты (по 3634 участкам) | Внебольничные аборты (по 618 участкам) | Всего |
|------|-------------------------------------|--|--------|
| 1922 | 10 060 | 10 676 | 20 736 |
| 1923 | 13 997 | 14 296 | 28 293 |
| 1924 | 16 771 | 16 712 | 33 483 |

Источник: Генс 1926: 61.

Анализ анкет 10 тыс. женщин, обратившихся в комиссию за разрешением на аборт в 1924 году, показал, что в городах больше всего аборт делали женщины в возрасте от 20 до 29 лет и имевшие одного ребенка, тогда как в сельской местности — в возрасте от 30 до 45 лет и имевшие не менее трех детей (Генс 1926: 13). Бездетных женщин среди пришедших на аборт было сравнительно немного. Причинами абортов городские женщины чаще всего называли «недостаток материальных средств» (44% из примерно 9 тыс. женщин) и наличие болезни (41%) (Там же, 14).

Постепенно становилась все более заметной роль аборта как едва ли не главного инструмента снижения рождаемости. В Москве в 1934 году на одно рождение приходилось около 3 абортов (тогда как в 1924 году — всего 0,3) (Урланис 1963: 27). По некоторым оценкам, одна ленинградка к 35 годам делала в среднем 6–8 операций прерывания беременности (Лебина 1999: 286); число искусственных абортов на 1000 жителей в Ленинграде за 10 лет выросло в 7,6 раза (табл. 13.4).

Таблица 13.4. Число живорождений и зарегистрированных аборт, Ленинград, 1924–1934

| Годы | На 1000 жителей | | Число аборт на 100 живорождений |
|------|-----------------|--------|------------------------------------|
| | Живорождения | Аборты | |
| 1924 | 25,9 | 5,5 | 21 |
| 1925 | 27,8 | 12,0 | 43 |
| 1926 | 27,8 | 14,1 | 51 |
| 1927 | 24,7 | 21,8 | 88 |
| 1928 | 22,7 | 31,5 | 139 |
| 1930 | 21,2 | 33,9 | 160 |
| 1932 | 20,7 | 34,0 | 164 |
| 1934 | 15,9 | 42,0 | 264 |

Источники: Паевский 1970а: 311 (1924–1928); ЦГА СПб. Ф. 4965. Оп. 3. Д. 2. Л. 2, 10 (1930–1934).

Разумеется, в целом по России в это время показатели были меньшими, но все же далеко не ничтожными. Только в учреждениях Наркомздрава РСФСР в 1934 году родилось около 3 млн. детей и было сделано 700 тыс. аборт — 1 аборт на каждые 4 рождения (Урланис 1963: 27).

В 1920-х годах в СССР была распространена точка зрения, что «укрепление социалистического строя», повышение уровня жизни в советском государстве должно привести к сокращению числа аборт и росту рождаемости. Но в жизни не происходило ни того, ни другого. Благополучие людей не повышалось, как хотелось бы, а многие женщины в качестве основной причины аборт указывали именно материальные трудности. Кончилось тем, что анализ социально-экономических факторов аборт был прекращен, а статистические данные об абортах были засекречены. Сборник «Аборты в 1926 году» стал последней публикацией данных об абортах вплоть до 1980-х годов. Власть явно начала испытывать беспокойство в связи с проблемой аборт.

13.3.2 Свобода аборт под сомнением

Интересно отметить, что постановление от 16 ноября 1920 года, разрешающее аборт в советской России, было принято три с половиной месяца спустя после того, как во Франции был принят жесткий закон, запрещающий производство аборт и пропаганду контрацепции. Трудно сказать, существовала ли какая-либо прямая связь между этими двумя противоположными по смыслу правовыми актами. Но в более общем плане полемики между «коммунистической нравственностью» и нравственностью «в том смысле, в каком проповедовала ее буржуазия» (Ленин 1974б: 309), такая связь несомненна. Революционная власть последовательно дистанцировалась от всех «буржуазных», а на деле часто и добуржуазных, характерных для полуфеодальной России, правовых норм.

Однако по мере удаления от революционных лет и укрепления положения новой власти, ее отношение к этим нормам стало меняться, изменилось и ее отношение к либеральному законодательству об аборт. Изменения нарастали постепенно и происходили на фоне разворачивавшегося в 1920–1930-х годах спора между сторонниками и противниками «неомальтузианской» практики, который шел во многих странах. Вопрос, имеет ли женщина право распоряжаться своим телом, равно как и эмбрионом своего ребенка, широко обсуждался с юридической, этической и биологической точек зрения.

На Западе все большую активность проявляли либеральные сторонники «сознательного материнства». Движение за планирование семьи в период между двумя мировыми войнами было очень активным. За предоставление больших прав в сфере контроля рождаемости выступали, прежде всего, феминисты и представители левых партий и движений.

Одной из наиболее известных представительниц этого направления была Маргарет Сэнжер (1879–1966)¹. Полагая, что ограничение рождаемости избавит женщин от экономического бремени, она вместе с двумя сотрудницами открыла в 1916 году первую в США клинику контроля рождаемости, где консультировали женщин из бедных слоев и иммигранток. С 1917 года М. Сэнжер стала издавать первый научный журнал, посвященный вопросам контроля рождаемости, *Birth Control Review*, в 1921 году она основала Американскую лигу контроля рождаемости (*American Birth Control League*), а в 1923 году — Бюро по клиническому исследованию контроля рождаемости (*Birth Control Clinical Research Bureau*)². В 1927 году М. Сэнжер выступила одним из организаторов первой Всемирной конференции по населению в Женеве³.

Как утверждалось в программе Лиги контроля рождаемости, многие социально-экономические проблемы общества связаны с «безответственным» воспроизводством населения. Бедность и большие семьи идут рука об руку, нежеланные дети страдают от недоедания, болезней, многие из них пополняют ряды преступников. Частые роды подрывают здоровье женщин. Исходя из этого, Лига стояла на позиции, что у каждой женщины должно быть право предотвратить нежеланное зачатие, что родительство должно быть ответственным, а для этого необходимо просвещение в вопросах планирования семьи и организация соответствующих служб.

Движение за расширение практики планирования семьи набирало силу и влияние в США, но одновременно развивалось и в европейских странах. В Великобритании его наиболее активной поборницей была Мэри Стоупс (1880–1958). В 1921 году она открыла первую в Великобритании клинику планирования семьи, к 1930 году здесь возникли и другие подобные организации, которые, объединившись, создали Национальный совет по контролю рождаемости (*National Birth Control Council*), переименованный затем в Ассоциацию планирования семьи (*Family Planning Association*).

Большинство из тех, кто стоял у истоков международного движения за планирование семьи, в частности М. Стоупс, резко разграничивали контрацепцию как способ предотвращения зачатия и аборт как разрушение состоявшегося зачатия, признавая последние опасными и недопустимыми (Potts, Selman 1979: 294).

Несмотря на заметные успехи пропаганды либеральных сторонников расширения репродуктивных прав женщины и семьи, в 1920–1930-е годы эта пропаганда наталкивалась на достаточно серьезное противодействие со стороны непримиримых противников нео-

1

Использованы материалы веб-сайтов Американской федерации планирования семьи (*Planned Parenthood Federation of America*), *The Margaret Sanger Papers Project* и *Mary Stopes International*.

2

Позднее, в 1939 году, две организации, созданные Сэнжер, объединились в одну — Американскую федерацию контроля рождаемости (*Birth Control Federation of America*), позже переименованную в Американскую федерацию планирования семьи (*Planned Parenthood Federation of America*). Американская федерация планирования семьи, в свою очередь, явилась одним из основоположников созданной в 1952 году Международной федерации планирования семьи (*International Planned Parenthood Federation*), которая на сегодняшний день объединяет организации более 180 стран мира.

3

Эта конференция положила начало регулярным всемирным научным конференциям, которые проводятся под эгидой Международного союза по научному изучению народонаселения (он был создан после первой, Женевской, конференции в 1928 году) до сих пор. В июле 2005 года состоялась 25-я такая конференция.

мальтузианского ответа на вызов времени: защитников традиционной морали, церкви большинства конфессий и т.д. Такое противодействие существовало во всех странах. Та же М. Сэнжер не раз подвергалась аресту, поскольку в США, как и в других странах, действовал закон, запрещающий распространение информации о регулировании рождаемости, книги М. Стоупс клеймились церковью и прессой как «аморальные» и «непристойные». Тем не менее, в странах с либеральными политическими режимами идеи планирования семьи постепенно прокладывали себе дорогу.

Тоталитарные же режимы, в соответствии с их общей антилиберальной и контрмодернизационной направленностью, пытались полностью искоренить саму идею свободы репродуктивного выбора.

Характерным примером может служить Германия. При Веймарской республике отношение к контролю рождаемости в Германии было достаточно либеральным.

В 1926 году, несмотря на оппозицию католической церкви и националистов, большинство немецкого парламента проголосовало за смягчение существовавшего наказания за искусственный аборт. В 1927 году было решено отменить наказание за аборт в случае угрозы жизни женщины, и это положение на практике трактовалось широко. К концу 1920-х годов центры консультирования по вопросам контрацепции существовали почти во всех больших городах Германии, а в 1933 году более 15 общественных организаций слились в Национальную ассоциацию контроля рождаемости.

Число аборт в Германии в то время было высоким и продолжало расти. Например, в Гамбурге в 1926 году на три живорождения приходилось два нелегальных аборта, а в Берлине число аборт превышало число рождений. По оценкам исследователей, в 1932 году по всей Германии на 100 живорождений приходилось 44 аборта (David, Fleischhacker, Höhn 1988: 87). При этом рождаемость, как и в большинстве европейских стран, быстро снижалась.

Предлагались разные средства для выхода из сложившейся ситуации — от экономических стимулов к рождению ребенка до запрещения контрацепции и строгого наказания за аборт. Высказывались также предложения, основанные на евгенике и расовой гигиене, такие, например, как принудительная стерилизация людей «худшего» качества (тогда здоровым, «генетически чистым» гражданам вменялось в обязанность «размножение»). С точки зрения расовой гигиены, главной целью государства должно было стать не соблюдение прав граждан, а служение интересам расы. Эта позиция, в частности, была сформулирована и в «Майн кампф». «Учтите... тот факт, что... у нас широко имеет место ограничение рождаемости, что для природы остается мало возможностей производить естественный отбор, так как у нас считают, что каждое родившееся существо, каким бы хилым оно ни было, во что бы то ни стало должно продолжать жить. Учтите все это, и вы должны будете задать себе вопрос: да к чему вообще у нас существует институт брака? И чем же в сущности брак теперь отличается от проституции?» И там же: «Необходимо понять, что и брак не является самоцелью, что он должен служить более высокой цели — размножению и сохранению вида и расы. Только в этом заключается действительный смысл брака. Только в этом его великая задача» (Гитлер 1992: 211). Эти взгляды и легли в основу нацистской демографической политики.

Еще в 1930 году депутат Рейхстага от нацистской партии предложил внести в германский Уголовный кодекс положение о том, что «всякий, кто попытается искусственно ограничить естественную плодovitость германского народа в ущерб германской нации или будет содействовать таким попыткам словами, публикациями, изображениями или другими средствами... будет осужден на каторжные работы за расовое предательство» (David, Fleischhacker, Höhn 1988: 90). А уже в мае 1933 года, через несколько месяцев после прихода Гитлера к власти, нацисты начали реализовывать свои давние планы, постепенно ужесточая антиабортное законодательство и т.д.

В 1933 году были закрыты все консультативные центры по вопросам секса и брака, были изъяты из библиотек и уничтожены научные журналы, книги и образовательные материалы, связанные с этими вопросами. Были закрыты Институт сексологии и Институт социальной гинекологии. Активисты движения за контроль рождаемости были либо арестованы, либо уволены, либо вынуждены уехать из страны.

Рождение детей было объявлено патриотическим долгом и высшей целью немецкой женщины. Пропагандистская кампания сочеталась с финансовыми стимулами. Например, биологически здоровым семьям, в которых жена не работает, предоставлялся беспроцентный кредит с 25%-ным погашением после рождения каждого из первых четырех детей (Там же, 90).

Хотя продажа противозачаточных средств и была разрешена, их реклама была ограничена. Но постепенно запретили и производство контрацептивов — за исключением презервативов, рассматривавшихся как средство профилактики венерических заболеваний. Обучение методам предотвращения беременности было признано преступлением. Ведущие гинекологи объявили контрацепцию вредной для здоровья.

В том же 1933 году были восстановлены строгие статьи закона, запрещающие аборт. Берлинский совет врачей постановил, что наказание ждет каждого врача, который посмеет с помощью сделанного аборта нанести вред священной здоровой нации.

Клиники по производству абортoв были закрыты. Только врачи, наделенные особыми полномочиями со стороны властей, могли произвести аборт с целью спасения жизни женщины или по евгеническим причинам. Иностранкам и еврейским женщинам, однако, аборт не запрещался, так как Германия «не защищала их эмбрионы» (Там же, 94).

Число осужденных за нелегальный аборт росло из года в год, а наказание ужесточалось. В январе 1941 года вышло постановление, запрещающее импорт, производство, продажу средств, материалов или инструментов, которые можно было использовать для предохранения или прерывания беременности. С 1943 года за искусственный аборт могли приговорить к смерти (если «аборционист» делал аборты неоднократно). Ужесточение наказания объяснялось потерями населения в ходе войны. И, судя по данным архивов судов, смертные приговоры, действительно, выносились и исполнялись (Там же, 98).

А что происходило в это время в СССР?

В конце 1920-х — начале 1930-х годов шел поиск компромисса между «неомальтузианством» как средством борьбы с абортами и про-наталистскими взглядами, основанными на опасении снижения рождаемости и численности населения. Впрочем, может быть, дело было не только в падении рождаемости, но и в общем консервативном повороте

советского общества, придется на то время. Как утверждал В. Райх, «этическая, а по существу, замаскированная религиозная аргументация сумела в Советском Союзе не только сохраниться, но с течением времени начала набирать все большее влияние. Как всегда, реакционную этику можно опознать по свойственному ей фразерству. Реакционеры в сфере сексуальной политики изначально боролись против революционного решения вопроса об абортах, используя отчасти старые аргументы, заимствованные из времен царизма, а также новые, приспособленные к советской действительности, но от того не менее реакционные. Конечно же, слышались пророчества о том, что „человечество вымрет“, что „мораль распадется“, что необходимо „защитить семью“ и укрепить „волю к деторождению“. Разглагольствовали о душевных и телесных потрясениях, испытываемых женщиной. Самой же большой заботой приверженцев сексуально-политической реакции в Советском Союзе, как и везде, было снижение рождаемости» (Райх 1997: 259–260).

Возможно, власть действительно была обеспокоена быстрым снижением рождаемости, особенно нежелательным на фоне демографических потерь 1933 года, наверняка были и какие-то иные соображения более общего плана. Историк Н. Лебина, автор исследования советского быта 1920–1930-х годов, следующим образом сформулировала официальные нормы сексуальной и семейной жизни, сложившиеся к концу 1920-х годов: «Советский человек должен ориентироваться на моногамный брак, женская сексуальность могла быть реализована только посредством деторождения, добрачная половая жизнь считалась аморальной» и т.д. (Лебина 1999: 275). Таким образом, в конце 1920-х годов фактически произошел возврат к патриархальным нормам. Маятник качнулся в другую сторону — в какой-то мере такое колебание было неизбежно. Преждевременная легализация аборта без понимания истинного смысла этой меры лишь создала иллюзию свободы прокреативного выбора, заблокировав при этом поиски альтернативных путей планирования семьи. Неподготовленность общества к столь радикальному решению, традиционное неприятие намеренного ограничения деторождения как в браке, так и вне брака вызвали реакцию отторжения — запрет аборта стал частью общей антимодернизационной реакции 30-х годов.

К этому времени тон советской пропаганды совершенно сменился. Если в 1920-х годах для подтверждения правильности советской политики либерального отношения к абарту и ее преимуществ по сравнению с другими странами писали о том, что капиталистическому обществу выгодно высокая рождаемость, так как ему нужна резервная армия рабочей силы и резервная армия мужчин в качестве пушечного мяса для войн (Генс 1926: 4–5), то теперь эти аргументы были забыты. Если, как отмечалось выше, в 1920 году советское законодательство в вопросе об абортах охотно дистанцировалось от «буржуазных» образцов, то в первой половине 1930-х годов оно не менее охотно двигалось на сближение с ними. Дело явно шло к запрещению аборта, хотя это произошло и не сразу.

Критика распространявшейся практики прерывания беременности нарастала постепенно, и в начале 1930-х годов вопрос о свободе аборта еще не был решен. В. Райх рассказывал о спорах на медицинском конгрессе в Киеве в 1932 году: «На этом конгрессе развернулась весьма решительная борьба между двумя направлениями демографической политики... Там всерьез обсуждался, например, вопрос о том,

не следует ли положить конец росту числа аборт, вновь введя запрет на них. Народный комиссар Ефимов полагал, что аборт „столь очевидно означает биологическую и психическую травму для женского организма, что доказательства излишни“. Тем не менее, он считал прерывание беременности в клинических условиях меньшим злом по сравнению с нелегальным абортом... Он отметил далее, что „условия социально-экономической жизни и повышение культурного уровня требуют ограничения рождаемости“. „Что лучше, — спрашивал нарком, — гуманное отношение к еще не родившемуся ребенку и, следовательно, возложение нового бремени на нынешнюю семью или регулирование рождаемости?“ Ефимов ответил правильно: „Требование жизни сильнее соображений гуманности. Современная ситуация такова, что о запрете абортов не может быть и речи“» (Райх 1997: 267). Райх отмечал, что уже в период «выполнения второго пятилетнего плана» (1933–1937) «прерывание беременности стало невозможным для женщин, вынашивавших первого ребенка. Втихомолку были снова введены медицинские показания, комиссии практиковали значительное моральное давление. Пока нельзя увидеть, куда приведет это развитие событий» (Там же, 272).

События развивались очень быстро — еще до окончания второго пятилетнего плана аборт был полностью запрещен. К этому времени операция искусственного прерывания беременности стала платной, причем цены повышались ежегодно⁴. В 1934 году, если месячный заработок на одного члена семьи составлял 80–100 рублей, за операцию брали 75 рублей, что составляло почти четверть семейных доходов (Лебина 1999: 286). А затем, «исходя из того, что дальнейшее распространение абортов грозило еще большим снижением рождаемости... было принято постановление о запрещении абортов» (Урланис 1963: 28). «Инициаторы этого мероприятия рассчитывали таким путем повысить неуклонно снижавшуюся рождаемость» (Садвокасова 1968: 209).

4
Это могло быть связано и с желанием властей пополнить бюджет (Лебина 1999: 40).

13.3.3 Аборт запрещен (1936–1955)

27 июня 1936 года было принято постановление ЦИК и СНК СССР, запрещающее аборт⁵. Перед этим была организована «широкая поддержка трудящимися» проекта закона о запрещении аборта (проект был опубликован в мае 1936 года) в средствах массовой информации. В самом тексте постановления говорится, что советское правительство пошло «навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин».

Уже после принятия нового закона было предпринято немало усилий, чтобы дать идеологическое обоснование произошедшего поворота. «В то время как все буржуазные страны мира не знают, куда девать своих людей, где найти им работу, чем их накормить, нам людей не хватает. Нам так много надо сделать! ...Нам нужны все новые и новые борцы — строители этой жизни. Нам нужны люди. Аборт, уничтожение зарождающейся жизни, недопустим в нашем государстве строящегося социализма. Аборт — это злое наследие того порядка, когда человек жил узко-личными интересами, а не жизнью коллектива... В нашей жизни

5
Его полное название — «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовной ответственности за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах» (О запрещении 1958: 264–272).

не может быть разрыва между личным и общественным. У нас даже такие, казалось бы, интимные вопросы, как семья, как рождение детей, из личных становятся общественными. Советская женщина уравнена в правах с мужчиной. Для нее открыты двери во все отрасли труда. Но наша советская женщина не освобождена от той великой и почетной обязанности, которой наделила ее природа: она мать, она родит. И это, бесспорно, дело большой общественной значимости», — писал крупный партийный функционер А. Сольц (Сольц 1937). Народный комиссар здравоохранения Н. Семашко выступил со статьей под названием «Какой замечательный закон! (К отмене аборт в СССР)» (Семашко 1937).

Сразу после принятия закона о запрете абортов их число, естественно, резко сократилось, а число рождений возросло. Например, в ленинградских больницах в первой половине 1936 года было произведено 43,6 тыс. операций по прерыванию беременности, а во второй половине года — всего 735 (Лебина 1999: 288)⁶. Число рождений в Москве увеличилось с 70 тыс. в 1935 году до 136 тыс. в 1937-м (Урланис 1963: 29). Но этот эффект был кратковременным. Факторы, способствовавшие ограничению рождаемости, оказались сильнее пронаталистской политики партии и правительства.

После 1937 года число зарегистрированных прерываний беременности стало возрастать (табл. 13.5). В СССР в целом в 1937 году было учтено 568 тыс. абортов, в 1939 году — 723 тыс., в 1940-м — 807 тыс. (Исупов 2000: 132). Доля абортов среди всех беременностей в 1939 году составила в РСФСР 10,8%, в том числе 22% в городах и 3% в сельской местности (Садвокасова 1969: 30). В 1939 году в городах России уровень абортов, по расчетам Е. Садвокасовой, достигал 36,5 на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет, а в Москве — 34,7 (показатель, близкий к показателю конца XX века) (Садвокасова 1969: 30).

⁶ Ср. данные из другого источника: 47 980 абортов за первые шесть месяцев 1936 года и 12 199 абортов за последние шесть (Avdeev, Blum, Troitskaya 1993: 68).

Таблица 13.5. Число зарегистрированных абортов, Россия, 1937–1940

| | Всего | В том числе неполные | Доля неполных абортов, % |
|------|---------|----------------------|--------------------------|
| 1937 | 355 025 | 327 898 | 92 |
| 1938 | 429 695 | 396 362 | 92 |
| 1939 | 464 246 | 424 500 | 91 |
| 1940 | 500 516 | 452 557 | 90 |

Источник: Avdeev, Blum, Troitskaja 1995: 69–72.

В условиях законодательного запрета была быстро налажена система производства нелегального аборта, получила также распространение практика самоаборта. Появились люди, которые за определенную плату давали советы, как можно прервать беременность: «Аборт, после того как он был запрещен, когда производство его стало незаконным, превратился в дорого оплачиваемое преступление» (Шавер 1937: 48).

В числе зарегистрированных абортов в России в целом аборты по медицинским показаниям (разрешенные) составляли в эти годы менее 10%, остальные были начаты вне лечебного учреждения. По отдельным регионам доля неполных абортов была еще выше: например, в первом квартале 1938 года в городах Челябинской области она составила 95% от числа всех абортов, а в городах Ярославской области — 98% (РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 1. Д. 1063). Какая часть неполных абортов —

действительно носила криминальный характер, т.е. была произведена в обход действующего законодательства и вне лечебного учреждения, сказать невозможно, но на основе данных о том, что примерно треть женщин с внебольничным абортом поступили в больницы с септическим состоянием, Е. Садвокасова сделала вывод, что, по крайней мере, треть неполных абортотворцев были криминальными; весьма вероятно, их доля была даже более высокой (Садвокасова 1969: 31–32).

В докладной записке начальника ЦУНХУ при Госплане СССР (май 1938 года) приводятся данные о том, что по 29 областям, краям и республикам СССР в 24% случаев внебольничных абортотворцев в сельских больницах и в 13% случаев внебольничных абортотворцев в городах было установлено, что они начаты искусственно (РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 1. Д. 1063). Но такой низкий процент, скорее всего, свидетельствует о том, что врачи бескорыстно или за плату «покрывали» женщин, помогая им избежать наказания. Видимо, нередко врачи давали разрешение на аборт по медицинским показаниям, когда таковых не было (например, подменяя результаты анализов). Так, в 1937 году абортные комиссии Ленинграда выдали разрешение на аборт почти половине обратившихся женщин, а в Выборгском районе эта цифра достигла 70% (Лебина 1999: 290).

Незаконные аборты производили не только профессионалы-врачи, но и люди, далекие от медицины. В 1936 году среди привлеченных к уголовной ответственности за производство искусственного аборта врачи и медсестры составляли 23%, рабочие — 21%, служащие и домохозяйки — по 16%, прочие — 24% (Там же, 289). «Аборты производят во многих случаях „бабушки“ и знахарки, кроме того санитарки, прачки и тому подобные работники медицинских учреждений» — читаем мы в журнале «Социалистическая законность» (Тадевосян 1937: 47). Помимо всего прочего, органы здравоохранения оказались неподготовленными к повышению рождаемости, что, как было сказано в одном официальном документе, «привело к скученности и перегрузке родильных домов — факторам, повлекшим повышение смертности как среди новорожденных, так и среди рожениц» (цит. по: Лебина 1999: 290).

Смертность от искусственного аборта и его последствий возросла сразу же: если в 1935 году в городах России (по сельской местности такая статистика не велась) был зафиксирован 451 случай смерти от этой причины, то в 1936-м — уже 910 случаев (РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 48, 64). Смертность от абортов росла неуклонно до 1940 года (рис. 13.1), достигнув в городах более 2 тыс. случаев⁷. Всего в 1940 году материнская смертность среди городского населения составила почти 4 тыс. случаев, или 329 на 100 тыс. родившихся (для сравнения: в 2000 году в городах России — 35 на 100 тыс. родившихся). В 1935 году смерти от аборта составляли 26% случаев материнской смерти, а в 1940 году — уже 51% (рассчитано по: Там же. Д. 48; Оп. 329. Д. 403). В начале 1950-х годов эта доля превысила 70% (рис. 13.2).

К последствиям введения запрета на аборт можно также отнести увеличение числа детоубийств. К сожалению, статистика детоубийств до 1930-х годов, за исключением данных по отдельным губерниям, отсутствует. Поэтому нельзя достоверно судить о динамике этого показателя. Есть сведения, что в первой половине 1930-х годов число осужденных за детоубийство в РСФСР уменьшалось (Авдеева 1937: 60). М. Авдеева относит рост числа выявленных детоубийств в середине

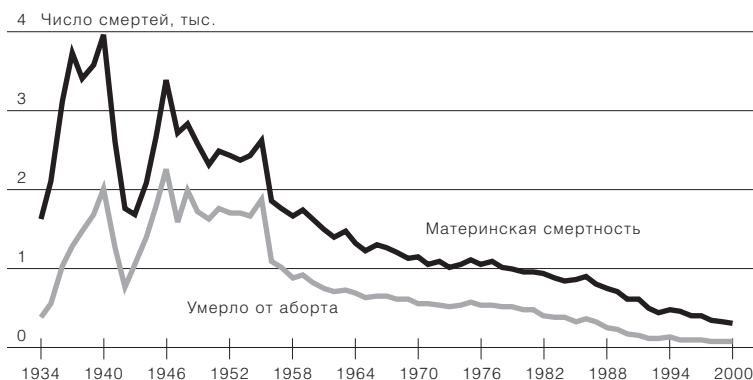
7

Основную часть составляла смертность от внебольничных абортов и абортов «прочих» и без указания категории.

1930-х годов на счет усиления борьбы органов прокуратуры с детоубийством. В августе 1935 года было разослано инструктивное письмо Верховного суда РСФСР (№03/58), в котором среди прочего говорилось о необходимости «усиления репрессий» по делам о детоубийстве (Авдеева 1937). В результате, если в 1925–1927 годах в Московской области среди женщин, осужденных за детоубийство, 59% были осуждены условно, 39% — приговорены к лишению свободы до 2 лет и только 2% — к лишению свободы свыше 2 лет, то в первой половине 1936 года в РСФСР только 8% женщин, осужденных за детоубийство, были осуждены условно, а 85% были приговорены к лишению свободы, в том числе 42% — на срок от 2 до 5 лет и 39% — от 5 до 10 лет (Там же, 61–63).

8
Следует, однако, иметь в виду некоторые различия в полноте учета в различные годы и изменение численности населения городов.

Рисунок 13.1. Число случаев материнской смертности в городах России, 1934–2000⁸



Источник: 1934–1959: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 58, 403, 550, 801, 1019, 1463, 1888, 2235, 2648, 3166, 3814, 4703; Оп. 20. Д. 48, 64, 94, 132, 164; Оп. 33. Д. 412, 1071, 1706, 2197, 2641; Оп. 27. Д. 223, 304, 496, 833; 1960–2000: данные Госкомстата.

Рисунок 13.2. Вклад аборт в материнскую смертность в городах России, 1933–2000



До 1935 года смягчающими обстоятельствами в случаях убийства мать новорожденного ребенка считались материальная нужда, «чувство стыда под давлением невежественной среды», особое состоя-

ние психики после родов. В указанном письме Верховного суда отмечалось, что «в новых условиях быта, материальной обеспеченности и возросшей культурности» следует усилить наказание за это преступление. В циркуляре прокурора СССР от 14 апреля 1937 года было сказано, что основными причинами детоубийств были «сопротивление враждебных социализму элементов мероприятиям партии и правительства по охране прав и интересов детей, нежелание иметь детей и платить алименты, угрозы и издевательства над матерью со стороны отца ребенка, рожденного от случайной связи, ложный стыд малокультурных матерей и тому подобные обстоятельства» (цит. по: Тадевосян 1937: 47).

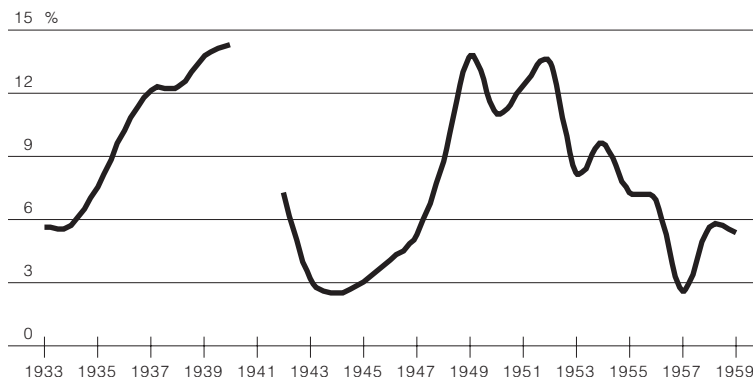
Косвенным свидетельством роста таких преступлений может служить, в частности, показатель доли убийств детей в возрасте до 1 года в общем числе зарегистрированных убийств (рис. 13.3), который за 1934–1940 годы увеличился в городах России почти в 2,5 раза — с 5,8% до 14,3%. В Ленинграде эта доля достигала 25% (Лебина 1999: 72).

После 1936 года заметен рост абсолютного числа как убийств младенцев, так и неестественных смертей в возрасте до года вообще. В 1935 году в городах было учтено 194 убийства младенцев, в 1936-м — 307, а в 1937-м — уже 367 (РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 48, 64, 94). В 1940 году от неестественных причин, включая также травмы и насильственные смерти неустановленного характера, погибли 1,4 тыс. детей в возрасте до 1 года (Там же. Оп. 329. Д. 403). Но здесь надо, видимо, делать поправку на разную полноту учета и меняющуюся численность городского населения.

В годы войны эти показатели снизились, а после войны доля убийств детей в возрасте до 1 года в общем числе убийств вновь приблизилась к уровню конца 1930-х годов (рис. 13.3). В 1952 и 1953 годах в городах было зарегистрировано по 398 убийств младенцев (Там же. Оп. 33. Д. 403).

Очень скоро после введения запрета на искусственный аборт стало ясно, что он не принес ожидаемых результатов. Руководители разных уровней пытались найти причины этого и заодно снять с себя ответственность. Начальник ЦУНХУ при Госплане СССР И. Саутин

Рисунок 13.3. Доля убийств детей в возрасте до 1 года в общем числе убийств, города России, 1933–1959



Источники: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 58, 403, 550, 801, 1019, 1463, 1888, 2235, 2648, 3166, 3814, 4703; Оп. 20. Д. 48, 64, 94, 132, 164; Оп. 33. Д. 412, 1071, 1706, 2197, 2641; Оп. 27. Д. 223, 304, 496, 833.

в докладной записке «О недостатках работы по борьбе с незаконными абортми» (май 1938 года), адресованной заместителю председателя Совета народных комиссаров СССР, наркому здравоохранения, прокурору СССР и секретарю ВЦСПС, писал, что «НКЗдрав СССР и его местные органы не ведут надлежащей борьбы с абортми, как в части активного выявления лиц, производящих абортми, так и в части широкой разъяснительной работы о вреде аборта. В громадном большинстве случаев врачебный персонал и руководство больниц уклоняется от выяснения обстоятельств, вызвавших неполный аборт» (Там же. Оп. 1. Д. 1063).

Действительно, участники незаконного производства абортов выявлялись слабо, особенно в первые месяцы после принятия закона. Женщины, поступившие в больницы в тяжелом состоянии после внебольничного аборта, не хотели выдавать тех, кто помогал им прервать беременность («даже перед смертью», как пишет В. Тадевосян [1937: 46]⁹). В крайнем случае они заявляли, что сделали аборт сами или получили травму. Уголовные дела по факту незаконного аборта заводились относительно редко, и еще реже дела передавались в прокуратуру (табл. 13.6), на что в упомянутой докладной записке И. Саутин предлагал обратить внимание прокурору СССР. Среди переданных суду в первый квартал 1937 года (по 8 республикам СССР) было: врачей и других лиц, привлеченных за производство абортов, — 42%, лиц, понуждавших женщин к совершению абортов, — 9% и беременных женщин, производивших аборт в нарушение закона, — 49% (Там же, 46).

9 В. Тадевосян приводит также примеры «безответственных» и «бездеятельных» прокуроров, которые не поняли «важности борьбы с абортми». В Городищенском районе Куйбышевской области учительница начальной школы произвела самоаборт. Районный прокурор дело в уголовном порядке прекратил, а учительницу привлек к ответственности в дисциплинарном порядке. В Николо-Черемшанском районе комсомолке был произведен аборт одной бабкой. Районный прокурор дело в уголовном порядке прекратил в отношении бабки по мотиву преклонности ее возраста, а в отношении комсомолки вопрос передал на рассмотрение комсомольской организации (Тадевосян 1937: 47).

Таблица 13.6. Число выявленных незаконных абортов в городах некоторых регионов России, первый квартал 1938 года

| | Произведено неполных абортов в городах | В том числе установлено, что они начаты искусственно | Передано дел в прокуратуру | То же, % от числа неполных абортов |
|-------------------|--|--|----------------------------|------------------------------------|
| Челябинская обл. | 2004 | 1067 | 27 | 1,3 |
| Орловская обл. | 1486 | 54 | 46 | 3,1 |
| Свердловская обл. | 2541 | Н/д | 171 | 6,7 |
| Ярославская обл. | 1458 | 59 | 54 | 3,7 |
| Дагестанская АССР | 330 | Н/д | 6 | 1,8 |
| Москва | 10062 | 422 | 284 | 2,8 |

Источник: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 1. Д. 1063.

В другой докладной записке — «О рождаемости и приросте населения СССР в 1-м квартале 1938 года» — начальник ЦУНХУ при Госплане СССР И. Саутин опять же обращает внимание на недостаточно интенсивную работу Наркомздрава «по проведению в жизнь мероприятий, способствующих увеличению рождаемости», в частности на невыполнение плана строительства детских яслей (за 1937 год до апреля 1938 года план был выполнен всего на 17,8%) (РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 1. Д. 1063). Вследствие «халатного, преступно-бюрократического отношения к делу со стороны органов здравоохранения» не были выполнены и планы строительства родильных домов (Тадевосян 1937: 46).

Были даже созданы социально-правовые кабинеты по борьбе с абортми, в обязанности которых входило «регулярное, своевременное

получение от врачебных комиссий по выдаче разрешений на аборт списка женщин, которым отказано в производстве аборта (не позднее 24 часов после заседания комиссии) для организации патроната» (из инструкции Наркомздрава СССР от 25 октября 1939 года; цит. по: Лебина 1999: 291). Практически это означало, что вводилась слежка за беременными женщинами.

После окончания войны и демобилизации число зарегистрированных абортов стало увеличиваться. Ибо если законодательно аборт можно было запретить, то с демографическими и социальными сдвигами, которые делали регулирование деторождения объективной необходимостью, ничего поделать было нельзя. У миллионов семей часто не было иного выхода, нежели прервать незапланированную беременность. Вопреки закону и вопреки традиции аборт стал едва ли не основным инструментом регулирования деторождения в СССР.

13.3.4 Аборт снова разрешен

Постепенно бессмысленность и даже вредность запрета аборта стали очевидны, и в 1955 году, после смерти Сталина, как только сложились благоприятные для этого политические условия, искусственный аборт вновь был легализован. Официальная формулировка гласила, что к этому привели «проводимые Советским государством мероприятия по поощрению материнства и охране детства и непрерывный рост сознательности и культуры женщин» (Об отмене 1958).

После отмены запрета аборта число зарегистрированных абортов стало быстро увеличиваться, в значительной мере за счет абортов, производившихся ранее нелегально и не учитывавшихся статистикой.

Вместе с тем резко снизился удельный вес внебольничных абортов: в СССР в целом с 80% в 1954 году до 30% в 1956-м и до 16% в 1966-м (Садвокасова 1969: 118), причем примерно на таком же уровне или чуть ниже — 10–12% — доля внебольничных абортов оставалась вплоть до 1990-х годов. Сократилось также число женщин, умирающих от аборта: по данным Минздрава — в 2,5 раза за период с 1955 по 1961 год (см. также табл. 13.7).

Таблица 13.7. Смертность от неполного аборта в городах СССР и России, 1938–1966, женщины, умершие в возрасте 15–49 лет, на 100 000 женщин этого возраста

| | СССР | РСФСР |
|-----------|------|-------|
| 1938–1939 | 12,7 | 12,9 |
| 1958–1959 | 3,9 | 4,7 |
| 1965–1966 | 2,4 | ... |

Источники: Садвокасова 1969: 124 (СССР); расчеты по РСФСР на основе данных переписей населения и архивов (РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 132, 164; Оп. 27. Д. 496, 833).

Удовлетворительная регистрация абортов была налажена приблизительно к середине 1960-х годов, но до конца 1980-х данные об абортах оставались засекреченными (Avdeev, Blum, Troitskaja 1995: 56). Некоторые данные (не абсолютные) были опубликованы в работах Е. Садвокасовой (Садвокасова 1963; Садвокасова 1969). Иногда та или иная цифра, касающаяся уровня абортов, появлялась в центральной

печати, изредка публиковались результаты небольших локальных исследований по этой проблеме. Но, как отмечалось еще в 1984 году, после книги Е. Садвокасовой 1969 года ничего нового о проблеме аборта издано не было (Бедный 1984: 101).

По нашим расчетам, основанным на данных Е. Садвокасовой (Садвокасова 1965), в 1959 году в России уровень аборт (суммарный коэффициент аборт) составлял в среднем около 4 аборт на одну женщину репродуктивного возраста (учитывая только аборт, зарегистрированные Минздравом).

Согласно выборочному опросу городских молодых семей, вступивших в брак в 1960 году, за первые 5 лет брака 74% женщин сделали хотя бы один аборт, 32% — два аборт, а 14% женщин — более двух аборт. Рождение первого ребенка обычно не откладывали, по данным этого же опроса только около 10% молодоженов остались бездетными за пять первых лет брака (Каткова 1971: 70). По данным опроса женщин, получавших в медицинском учреждении направление на аборт, в 1958–1959 годах среди беременностей, прерванных искусственным аборт, преобладала третья, чуть меньше среди прерванных беременностей было вторых, четвертых и пятых, и совсем немного — первых (Садвокасова 1969: 148). Таким образом, аборт стал самым распространенным способом ограничить число детей или отложить следующее рождение.

По данным Госкомстата России (опубликованным задним числом в 1990-х годах), быстрый рост числа искусственных аборт продолжался до 1964 года, когда был зафиксирован их максимальный за всю историю страны абсолютный и относительный уровень — около 5,6 млн. или 169 аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста. Затем он стал снижаться, возможно, благодаря лучшей информированности более молодых поколений о методах предупреждения беременности. Но это снижение шло крайне медленно, число аборт в России оставалось очень высоким.

Нельзя сказать, что в 70–80-х годах ничего не делалось для изменения ситуации. Публиковалось немало медицинской литературы, посвященной изучению причин и последствий аборт, а также развитию контрацепции. Меры противодействия искусственному аборт видели в разъяснении сущности и опасности операции аборт, особенно у первобеременных; в популяризации контрацепции, а именно внутриматочных спиралей, презервативов, колпачков, а также биологического метода предупреждения зачатия; в пропаганде материнства и отцовства, преимуществ семьи, имеющей несколько детей (Пропаганда 1975).

Тем не менее, положение менялось мало, что порождало все новые и новые декларативные заявления органов охраны здоровья.

Руководители этих органов (как и научная медицинская общественность) регулярно выражали «обеспокоенность уровнем аборт» и провозглашали программы борьбы с ними. Так, Минздрав СССР 2 августа 1962 года издал приказ «О мерах по усилению борьбы с аборт», содержащий перечень мероприятий в этой области. Среди них можно отметить массовую разъяснительную работу, посвященную вреду аборт, гигиене половой жизни и применению противозачаточных средств; обеспечение населения противозачаточными средствами путем организации их бесперебойной продажи в аптеках, консультациях, медсанчастях; улучшение амбулаторно-поликлинического обслуживания

женщин; организацию клинично-экспериментальной лаборатории по изысканию и испытанию новых противозачаточных средств при НИИ акушерства и гинекологии Минздрава РСФСР и т.д.

Достаточно обратиться к приказу того же Минздрава СССР «О состоянии и мерах по снижению абортот в стране», изданному в 1979 году, чтобы убедиться, что истекшие 17 лет не принесли больших изменений. Еще через 6 лет уже Минздрав РСФСР издал приказ «О неудовлетворительной работе по предупреждению и снижению

абортов в РСФСР и повышении ее эффективности» (25 июля 1985 года)¹⁰. В этом приказе неблагополучие ситуации связывалось с «низким уровнем организаторской работы органов и учреждений здравоохранения ряда территорий», формальным, недифференцированным подходом к профилактике непланируемой беременности, «неудовлетворительной работой женских консультаций по организации контрацепции», незнанием истинной потребности в контрацептивах, плохой организацией «санитарной противоабортной пропаганды» и т.д. За высокий уровень абортов главным акушерам-гинекологам ряда территорий России был объявлен выговор. Приказ требовал «считать проблему профилактики абортов и контрацепции одной из важнейших задач по охране здоровья женщин и улучшению демографических процессов».

В то же время руководители-здравоохранители, видимо, сами не верили в успех своей противоабортной риторики. Во всех документах Минздрава говорилось о необходимости увеличения числа абортных коек. В 1987 году возможности производства искусственного аборта были даже расширены, Минздрав СССР разрешил искусственный аборт в период до 28 недель беременности по немедицинским показаниям¹¹ (Приказ МЗ СССР от 31 декабря 1987 года). Такими основаниями могли быть: смерть мужа во время беременности, пребывание в местах лишения свободы, многодетность (свыше 5 детей), лишение прав материнства, развод во время беременности, изнасилование, инвалидность у ребенка.

Впоследствии круг немедицинских (социальных) показаний для прерывания беременности был еще более расширен (с 7 до 13 показаний) Постановлением Правительства РФ от 8 мая 1996 года (№ 567) и затем Приказом Минздрава РФ от 11 июня 1996 года (№ 242). Были добавлены, например, отсутствие жилья, наличие статуса безработного у жены или мужа, доход ниже прожиточного минимума.

Забота Минздрава о расширении легальных возможностей производства аборта в медицинском учреждении могла быть связана с сохранением относительно большого числа нелегальных, внебольничных абортов и, как следствия, высокой материнской смертности. Специалисты, изучавшие проблему, называли среди причин внебольничных абортов такие, как желание скрыть беременность, боязнь огласки аборта, недоброжелательность со стороны персонала, а также очереди в клиниках, в связи с чем женщина боялась упустить срок, когда разрешено прерывание беременности, отдаленность некоторых населенных пунктов от клиник и др.

Противоречивая и непоследовательная позиция руководства советского здравоохранения имела своим неизбежным следствием низкую эффективность постоянно декларируемой борьбы с абортами. Несмотря

10

Примечательно, что эти приказы имели гриф «ДСП» — «Для служебного пользования».

11

До этого прерывание беременности разрешалось в срок до 12 недель, после этого срока до 28 недель — только по медицинским показаниям.

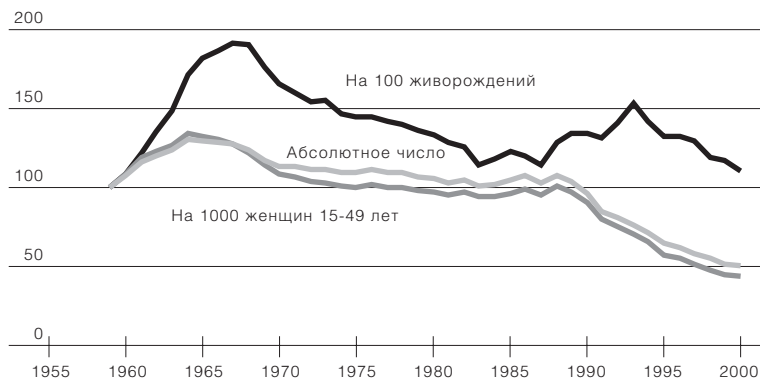
на грозные приказы и периодические антиабортные кампании, уровень аборт в России оставался очень высоким, одним из самых высоких в мире. По оценкам 1987 года, в стране делалось 8–12% мирового числа аборт (общее число аборт в мире оценивалось в 36–53 млн. [Henshaw, Morgow 1990: 76]). В середине 1990-х годов доля России в общем числе аборт в мире составляла 6% (в 1995 году оно оценивалось в 46 млн. [Henshaw, Singh, Haas 1999: S32]). По данным ряда выборочных опросов в регионах России, в 1980-х годах 70–90% женщин к концу репродуктивного периода имели в анамнезе хотя бы один искусственный аборт (Попов 1986: 189; Алленова 1989; Шнейдерман 1991: 131).

С публикацией в 1990-е годы статистики аборт, хоть и не богатой, появилась возможность проводить научный анализ ситуации. До этого приходилось полагаться на не всегда достоверные выборочные обследования и всевозможные косвенные оценки. Официальная статистика аборт нередко ставилась под сомнение экспертами, предполагавшими значительный недоучет произведенных искусственных аборт. В разные годы назывались разные цифры недоучета. Впрочем, указывая на то, что официальная статистика искусственных аборт в России всегда включала аборт, начатые или начавшиеся вне лечебного учреждения, а часть из них были самопроизвольными, некоторые авторы полагают, что это почти компенсирует недоучет искусственных аборт.

С конца 1980-х годов в России наблюдалась тенденция снижения уровня аборт (рис. 13.4). Несмотря на падение рождаемости, за период с 1990 по 2000 год абсолютное число аборт сократилось почти вдвое, а число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста — более чем вдвое. А по сравнению с показателем 1964 года (максимальный уровень в истории России) число аборт на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет снизилось в 3 раза.

Министерство здравоохранения РФ публикует несколько иные, чем Госкомстат, данные, так как учитывает только аборт, произведенные в подведомственных ему медицинских учреждениях. Разница между числом аборт, произведенных в системе Минздрава, и числом аборт, представленным Госкомстатом (и учитывающим также аборт в учреждениях других министерств и ведомств и в негосударственных лечебных учреждениях), составляла в конце 1990-х годов 6–9%

Рисунок 13.4. Изменение числа аборт, Россия, 1959–2000 (1959 = 100)



Источник: данные Госкомстата России.

(табл. 13.9). К сожалению, более подробные показатели (по пятилетним возрастным группам, по видам аборт — искусственные легальные, самопроизвольные, по медицинским показаниям, криминальные, по социальным показаниям и неуточненные, аборт у первобеременных) приводятся только по данным Минздрава.

Таблица 13.8. Официально зарегистрированные аборты, Россия, 1990–2000

| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Все искусственные аборты | | | | | | | | | | | |
| всего, тыс. | 4103,4 | 3608,4 | 3436,7 | 3244,0 | 3060,2 | 2766,4 | 2652,0 | 2498,7 | 2346,1 | 2181,2 | 2138,8 |
| на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет | 114,0 | 100,3 | 95,0 | 88,4 | 82,4 | 72,6 | 69,3 | 65,0 | 60,6 | 56,2 | 55,0 |
| на 100 родов | 205,9 | 200,7 | 216,1 | 235,0 | 217,0 | 202,6 | 203,0 | 198,3 | 182,6 | 179,4 | 168,7 |
| В том числе мини-аборты | | | | | | | | | | | |
| всего, тыс. | 975,0 | 848,1 | 886,0 | 857,8 | 793,6 | 695,2 | 645,8 | 606,9 | 582,5 | 561,7 | 542,1 |
| на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет | 27,0 | 23,6 | 24,5 | 23,4 | 21,2 | 18,0 | 16,9 | 15,7 | 15,1 | 14,5 | 13,9 |
| доля мини-аборт, % | 23,8 | 23,5 | 25,8 | 26,4 | 25,9 | 25,1 | 24,4 | 24,2 | 24,8 | 25,8 | 25,3 |
| Доля беременностей, закончившихся аборт, %* | 67,4 | 66,8 | 68,4 | 70,2 | 68,5 | 67,0 | 67,0 | 66,5 | 64,6 | 64,2 | 62,8 |
| Аборты у первобеременных**: | | | | | | | | | | | |
| всего, тыс. | 188,8 | 180,4 | 183,1 | 189,2 | 192,4 | 177,7 | 183,3 | 179,0 | 172,4 | 160,7 | 161,1 |
| на 1000 женщин 15–49 лет | 5,2 | 5,0 | 5,1 | 5,2 | 5,1 | 4,7 | 4,8 | 4,6 | 4,4 | 4,1 | 4,1 |

* Доля от общего числа беременностей (аборты + живорождения).

** По данным Минздрава России (без мини-аборт).

Источники: *Здравоохранение 2001: 129; Российский статистический ежегодник 2002: 246; расчеты В. Сакевич.*

Таблица 13.9. Число аборт по данным Госкомстата РФ и Минздрава РФ, 1990–2000

| | Госкомстат | | Минздрав | |
|------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|
| | Число аборт | в т.ч. мини-аборты | Число аборт | в т.ч. мини-аборты |
| 1990 | 4103,4 | 975,0 | 3920,3 | 952,1 |
| 1991 | 3608,4 | 848,1 | 3525,9 | 848,1 |
| 1992 | 3436,7 | 886,0 | 3265,7 | 856,9 |
| 1993 | 3244,0 | 857,8 | 2977,9 | 797,3 |
| 1994 | 3060,2 | 793,6 | 2808,1 | 733,8 |
| 1995 | 2766,4 | 695,2 | 2574,8 | 653,6 |
| 1996 | 2652,0 | 645,8 | 2469,2 | 601,3 |
| 1997 | 2498,7 | 605,2 | 2320,9 | 563,8 |
| 1998 | 2346,1 | 582,5 | 2210,2 | 538,8 |
| 1999 | 2181,2 | 561,7 | 2059,7 | 518,7 |
| 2000 | 2138,8 | 542,1 | 1961,5 | 493,9 |

Источник: *Российский статистический ежегодник 2002: 246; Здоровье 2002: 177.*

Результаты репрезентативных выборочных обследований населения говорят о том, что официальная оценка распространенности аборт не слишком искажает картину. Так, по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ), в 1996 году в стране производилось 45 аборт на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет, а с поправкой на недоучет мини-аборт — 60 на 1000 (Планирование 1997: 2). По данным исследования «Репродуктивное здоровье российских женщин» (РЗРЖ), показатель аборт в Ивановской области

составил 77,1 на 1000 женщин репродуктивного возраста в 1994–1995 годах, а официальный показатель для этих же лет — 75,3 (Репродуктивное здоровье 1998). Это же исследование показало, что 91% первых, 93% вторых и 96% третьих аборт у респонденток в трех регионах страны (Ивановская область, Екатеринбург и Пермь) были произведены в системе государственного здравоохранения. Только немногим более 1% аборт были сделаны частным врачом или в частной клинике (Avdeev, Troitskaia 1999) и могли поэтому частично выпасть из государственной статистики. По данным другого опроса — в рамках российско-американского проекта «Мать и дитя» — среди всех аборт, имевших место у опрошенных женщин в 1994–1999 годах, в частных клиниках было сделано 7% аборт в Великом Новгороде, 1% — в Перми и 0% в Березниках (David et al. 2000). Очевидно, существуют большие региональные различия в развитии негосударственной системы оказания медицинской помощи, но можно предположить, что в целом по России доля аборт, выполненных в частном секторе, невелика, а доля не учтенных в нем аборт еще меньше.

Поскольку годовое число рождений в 1990-е годы также сокращалось, соотношение аборт/рождения изменилось не так сильно: 206 аборт на 100 рождений в 1990 году и 169 нас 100 — в 2001-м. В последние годы столетия абортами (исключая самопроизвольные выкидыши и мертворождения) по-прежнему заканчивалась большая часть беременностей — 63% в 2000 году. Согласно исследованию РЗРЖ, в среднем по трем регионам страны 60,7% беременностей у опрошенных женщин в 1996 году и 60,4% в 1999 году были прерваны искусственным аборт (Репродуктивное здоровье 1998; Репродуктивное здоровье 2000). По данным другого обследования (также в трех регионах России), примерно половина всех беременностей у женщин за период 1990–1999 годов закончилась искусственным аборт (David et al. 2000: 29).

Более безопасные мини-аборт¹³ в 2000 году составляли четверть общего числа аборт, на 1000 женщин репродуктивного возраста их приходилось 14 (см. табл. 13.8). Однако велика вероятность того, что число мини-аборт занижено из-за неполноты учета в негосударственном секторе. В частности, в Москве — городе с более развитой коммерческой медициной — доля учтенных мини-аборт была ниже, чем в среднем по России. В 90-х годах на Западе получил распространение нехирургический или медикаментозный метод прерывания беременности, его доля составляла, например, в Швеции 17% (1996; Планирование 1999: 17), во Франции — 13% (1991; Влайо 1996: 55). В России в 1990-х годах медикаментозный аборт использовался в клинической практике крайне редко (Кулаков, Вихляева, Николаева 1998: 5), в частных клиниках его стоимость была высока.

Общее число аборт в стране сокращалось вследствие снижения возрастной интенсивности искусственного прерывания беременности. Суммарный коэффициент аборт — показатель, не зависящий от возрастного состава женщин, опустился с 2,34 аборт в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1996 году до 1,86 в 2000 году (табл. 13.10). Правда, этот показатель охватывает только аборт, произведенные в системе Минздрава.

13

Мини-аборт были узаконены Приказом Минздрава СССР «Об утверждении инструкции и порядке проведения операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации» от 5 июня 1987 года. С 1988 года их стали включать в статистику.

Таблица 13.10. Возрастные (на 1000 женщин соответствующего возраста) и суммарный коэффициенты аборт, Россия, 1996–2000

| | Возрастные группы | | | | | | | Суммарный коэффициент абортов |
|----------------|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|
| | 15–19 | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49 | |
| 1996 | 47,0 | 126,0 | 128,6 | 87,2 | 55,9 | 20,0 | 2,7 | 2,337 |
| 1997 | 43,8 | 117,8 | 116,6 | 85,0 | 52,9 | 20,7 | 2,5 | 2,196 |
| 1998 | 40,5 | 109,9 | 110,5 | 83,2 | 51,4 | 20,4 | 2,3 | 2,091 |
| 1999 | 35,0 | 101,7 | 102,9 | 80,4 | 48,8 | 19,2 | 2,1 | 1,950 |
| 2000 | 33,4 | 96,6 | 97,8 | 77,6 | 46,4 | 18,0 | 1,9 | 1,858 |
| 2000, % к 1996 | 71 | 77 | 76 | 89 | 83 | 90 | 70 | 80 |

Примечание: Распределение официальных абортов по пятилетним возрастным группам женщин впервые в России было получено в 1996 году и касается

только тех абортов, которые были произведены в учреждениях Минздрава РФ, а вообще разработка и публикация данных об абортах по возрасту была налажена

Госкомстатом только с 1991 года, но по укрупненным возрастным группам (до 15, 15–19, 20–34, 35 и старше).

Источник: данные Минздрава РФ.

Значения суммарного коэффициента абортов в некоторых регионах страны по данным выборочных обследований населения представлены в таблице 13.11.

Таблица 13.11. Суммарный коэффициент абортов по данным выборочных обследований населения в некоторых районах России

| | | | |
|--|------------------|--------------|-------|
| Проект «Репродуктивное здоровье российских женщин» | Ивановская обл. | Екатеринбург | Пермь |
| 1994–1996 | 2,28 | 2,41 | 3,00 |
| 1997–1999 | 2,14 | 2,29 | 3,11 |
| Проект «Мать и дитя» | Великий Новгород | Березники | Пермь |
| 1997–1999 | 1,7 | 2,1 | 2,1 |

Источники: Репродуктивное здоровье 2000; David et al. 2000: 34.

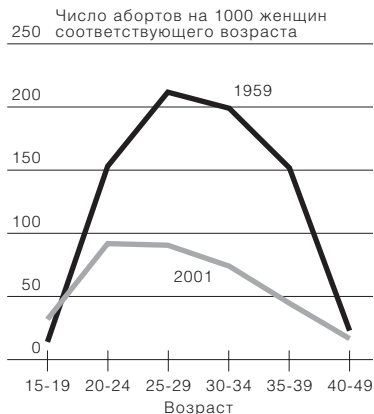
Разработка статистики абортов в возрастном разрезе, начавшаяся в 1990-х годах, показала, что снижение уровня абортов было характерно для всех возрастных групп женщин (табл. 13.12, рис. 13.5). После 1996 года быстрее других уровень абортов снижался среди молодых женщин до 20 лет; при этом снижение числа беременностей в возрастной группе до 20 лет происходило одновременно с ростом сексуальной активности.

Таблица 13.12. Официально зарегистрированные аборты по возрастным группам, Россия, 1991–2000

| | Число абортов на 1000 женщин в возрасте | | | 15–49 |
|------|---|-------|-------------|-------|
| | 15–19 | 20–34 | 35 и старше | |
| 1991 | 69 | 153 | 51 | 100 |
| 1992 | 67 | 150 | 44 | 95 |
| 1993 | 66 | 141 | 42 | 88 |
| 1994 | 64 | 133 | 39 | 82 |
| 1995 | 56 | 123 | 33 | 73 |
| 1996 | 51 | 122 | 30 | 69 |
| 1997 | 47 | 115 | 29 | 65 |
| 1998 | 43 | 108 | 27 | 61 |
| 1999 | 38 | 101 | 25 | 56 |
| 2000 | 37 | 100 | 24 | 55 |

Источник: Российский статистический ежегодник 2002: 246.

Рисунок 13.5. Возрастные коэффициенты аборт по данным Минздрава РФ, Россия, 1959 и 2001



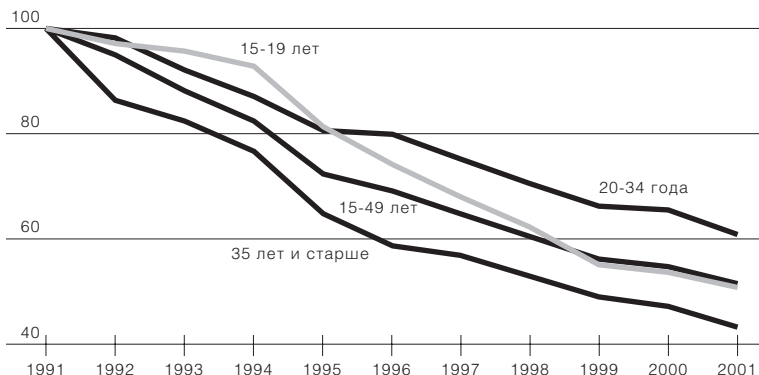
В конце века половина учтенных абортов приходилась на возрастную интервал 20–30 лет, еще примерно по 20% — на возраст 30–34 года и старше 35 лет и оставшиеся 10% — на самый молодой возраст, до 20 лет. Как показал опрос в рамках проекта «Мать и дитя», средний возраст женщины, делающей аборт, был равен 27–29 годам (David et al. 2000: 34).

График на рисунке 13.5 показывает, как снизились по возрастные показатели аборт за 40 с небольшим лет (в 1959 году на одну женщину репродуктивного возраста приходилось, в среднем, почти 4 аборта).

По данным выборочных опросов 1990-х годов, большинство женщин, обращающихся в медицинское учреждение по поводу аборт, состояли в браке, имели детей и прибегали к прерыванию беременности, когда не хотели рожать еще одного ребенка или хотели отсрочить его рождение. Например, из опрошенных 1087 женщин Центрального района России, поступивших в медицинские учреждения для прерывания беременности, 74% в городе и 83% в сельской местности имели детей (Кулаков, Вихляева, Николаева 1998: 6). Аборт у беременных впервые, по данным Минздрава, составляли примерно десятую часть от всех аборт.

Принятыми в 1993 году Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (статья 36) было определено, что искусственное прерывание беременности может проводиться по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, при наличии социальных показаний — при сроке до 22 недель, а если имеются медицинские показания — на любом сроке беременности. Фактически, по данным

Рисунок 13.6. Изменение относительного числа зарегистрированных аборт по возрастным группам, Россия, 1991–2000, 1991=100



Источник: Российский статистический ежегодник 2001: 247.

Минздрава, если не считать мини-абортов, более 90% искусственных абортов производилось в сроки беременности до 12 недель, около 7% аборт — в сроки от 12 до 22 недель и около 2% — в сроки после 22 недель.

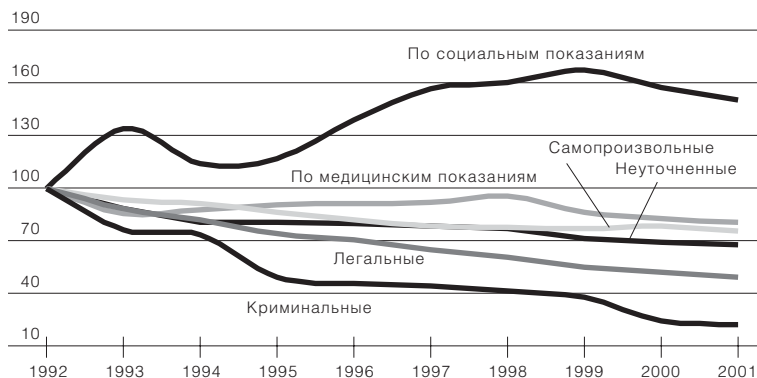
Распределение аборт в 1990-х годах в системе Минздрава представлено в таблице 13.13. Основную часть аборт составляют «искусственные легальные», т.е. больничные, аборт по просьбе женщины до 12 недель беременности. Именно за счет этих аборт происходило быстрое сокращение общего числа прерываний беременности. В расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста число таких аборт с 1992 по 2000 год снизилось более чем в 2 раза: с 56 до 27. Значительно снизилось за этот период и число учтенных криминальных аборт: с 10 157 случаев в 1992 году до 2440 в 2001-м, или в 4 раза, а среди подростков 15–19 лет — в 6 раз.

Таблица 13.13. Распределение аборт по классификации Минздрава РФ, Россия, 1992–2000, %

| Виды аборт | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Самопроизвольные | 6,3 | 6,5 | 6,9 | 7,2 | 7,3 | 7,5 | 7,8 | 8,3 | 8,9 |
| Искусственные легальные | 61,4 | 60,5 | 60,7 | 60,5 | 60,9 | 60,1 | 59,2 | 57,7 | 57,2 |
| По медицинским показаниям | 1,4 | 1,4 | 1,5 | 1,7 | 1,9 | 2,0 | 2,2 | 2,1 | 2,2 |
| Криминальные | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Неуточненные | 3,5 | 3,4 | 3,4 | 3,7 | 3,9 | 4,1 | 4,2 | 4,2 | 4,3 |
| По социальным показаниям | 0,8 | 1,2 | 1,1 | 1,2 | 1,5 | 1,9 | 2,0 | 2,3 | 2,2 |
| Мини-аборт | 26,2 | 26,8 | 26,1 | 25,4 | 24,4 | 24,3 | 24,4 | 25,2 | 25,2 |

Как следует из графиков на рисунке 13.7, число самопроизвольных и неуточненных аборт и аборт по медицинским показаниям в расчете на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет в 1990-х годах немного снизилось. Единственный вид аборт, регистрируемое число которых возрастало, — это аборт по социальным показаниям (хотя их уровень и вклад в общее число аборт незначительны). Возможно, это отчасти связано с тем, что в 1996 году был утвержден новый перечень социальных показаний для прерывания беременности (постановление

Рисунок 13.7. Изменение относительного числа аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста в системе Минздрава РФ, Россия, 1992–2001, 1992=100



правительства РФ от 8 мая 1996 года), более широкий, чем действовал до этого. Теперь прерывание беременности до 22 недель становится возможным, если женщина не состояла в браке, если кто-либо из супругов был безработным, при отсутствии жилья, при доходе на члена семьи менее прожиточного минимума и в некоторых других случаях.

Несмотря на снижение числа аборт, их уровень в России к концу столетия почти вдвое превышал среднемировой; по этому показателю она резко выделялась на фоне большинства промышленно развитых стран (табл. 13.14). Вместе с Россией печальное лидерство делили Белоруссия, Эстония, Украина, Болгария и Румыния (существует предположение, что реальный уровень аборт в Румынии был намного больше указанного в таблице), где годовое число аборт превышало годовое число рождений. Близко к ним подходят еще несколько бывших республик СССР и Венгрия. Высокими показателями характеризуются также Куба и Вьетнам.

В большинстве развитых стран коэффициент аборт составлял в это время от 10 до 20 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет. Самыми низкими показателями среди стран с надежной статистикой отличались Бельгия и Нидерланды, при том, что аборт в этих странах был доступен и бесплатен (Henshaw, Singh, Haas 1999: S6). Если сравнить российский показатель с показателями наиболее благополучных в области контроля рождаемости стран, мы увидим, что он превышает их в 8–10 раз, а по соотношению аборт/рождения разрыв был еще больше.

Таблица 13.14. Распространенность аборт в некоторых странах мира в конце XX века

| Страна | Аборт на 1000 женщин 15–44 лет | Аборт на 100 живорождений | Страна | Аборт на 1000 женщин 15–44 лет | Аборт на 100 живорождений |
|------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Испания* (1998) | 6,0 | 15 | Чехия (1999) | 17,8 | 44 |
| Нидерланды (1996–1997) | 6,5 | 12 | Швеция (1999) | 18,1 | 35 |
| Бельгия (1995–1996) | 6,8 | 10 | Словения (1999) | 19,8 | 50 |
| Германия (1996–1997) | 7,6 | 16 | США (1996) | 22,9 | 35 |
| Швейцария (1996) | 8,4 | 15 | Литва (1999) | 22,9 | 52 |
| Италия (1998) | 10,1 | 24 | Венгрия (1999) | 30,9 | 70 |
| Финляндия (1999) | 10,6 | 19 | Латвия (1999) | 34,5 | 93 |
| Франция (1995–1996) | 12,4 | 30 | Молдавия (1998) | 39,1 | 71 |
| Япония (1994–1995) | 13,4 | 29 | Украина (1999) | 43,0 | 126 |
| Канада (1995) | 15,5 | 28 | Болгария (1998) | 43,6 | 115 |
| Норвегия (1999) | 15,5 | 24 | Румыния (1999) | 51,7 | 111 |
| Великобритания (1999) | 15,9 | 28 | Эстония (1999) | 54,7 | 136 |
| Словакия (1999) | 16,1 | 35 | Белоруссия (1999) | 58,9 | 146 |
| Дания (1995–1996) | 16,1 | 27 | Россия (2000) | 64,6 | 169 |

* *Примечание: Система учета аборт в разных странах отличается друг от друга. В некоторых странах в официальную статистику включаются только определенные категории аборт (например, только легальные, или только оплачиваемые из правительственных страховых фондов) и не включаются мини-аборт или медикаментозные аборт (Henshaw, Singh, Haas 1999: 30). Так, неполным учет аборт считается в Испании, а также в Италии, Франции, Румынии и Японии, поэтому к межгосударственным сравнениям надо подходить с осторожностью.*

Источники: Recent Demographic Developments 2000; Henshaw, Singh, Haas 1999: S36; Жилка, Іркина, Стещенко 2001: 40.

Как уже упоминалось (раздел 13.1), мысль о том, что единственной разумной альтернативой искусственному прерыванию беременности служит ее предотвращение, была достаточно ясна многим в России уже в начале XX века. Однако ни до, ни после революции практика предупреждения зачатия не получила полноценного признания и всегда рассматривалась как что-то второстепенное, полуприличное, о чем уместно было говорить разве что в узкопрофессиональной медицинской среде.

В послереволюционной России противозачаточные средства были легализованы циркуляром Наркомздрава в 1923 году. Тогда при отделе охраны материнства и младенчества Наркомздрава была создана Центральная научная комиссия по изучению противозачаточных средств. В резолюции 3-го Всесоюзного съезда по охране материнства и младенчества (декабрь 1925 года) в качестве главной задачи в борьбе с абортami было названо «ознакомление женщин через консультации для женщин и через гинекологические амбулатории с противозачаточными средствами» (Генс 1926: 25). Большая часть врачей-специалистов выступали за сознательное материнство, но, по-видимому, их голос звучал слабо, а научная база и инфраструктура для расширения практики контрацепции были неразвиты.

В отдельных губерниях, например, изучали возможности применения в качестве противозачаточного средства рентгеновских лучей, в других — «спермовакцинацию». Но наиболее известными и распространенными были химические (спринцевания, губки, тампоны, шарики, смоченные молочной кислотой, уксусной кислотой, хинином и др.) и механические (колпачки, презервативы) средства.

В этом вопросе Россия сильно отставала от некоторых других стран. Как писал А. Генс (Генс 1929: 78), несмотря на то, что противозачаточные средства запрещены в буржуазных государствах, их можно купить в любом магазине, их производство носит фабричный характер, они широко рекламируются для больных женщин, и это является достаточной приманкой и для здоровых. Хотя, например, в Голландии и Англии контрацепция и не запрещалась.

В 1936 году, принимая закон о запрете аборта, власти декларировали развитие производства противозачаточных средств. В постановлении Совнаркома от 31 июля 1936 года ставилась задача расширить производство резиновых изделий (презервативов, пессарий) и других профилактических средств (алюминиевых маточных колпачков, пасты «Прекон-соль»). Тогда же было принято решение создать на строящемся заводе грампластинок в Баковке мощности по производству презервативов. Но эти решения не были выполнены в полном объеме (David, Роров 1999: 237–238), чему не следует удивляться. Ведь ссылки на «условия социализма», «повышение материального благосостояния трудящихся», «максимальное развитие сети родильных домов, детских яслей, детских садов» (О запрещении 1958: 265) в законе о запрете аборта имели смысл только в том случае, если противопоставлялись всякому (а не только посредством аборта) ограничению деторождения. В условиях сталинского СССР это практически исключало любую активность, направленную на развитие контрацепции.

Не удивительно также, что к моменту легализации аборта в 1955 году альтернативные способы регулирования деторождения в СССР не были распространены, так что искусственное прерывание беременности сразу оказалось наиболее доступным большинству женщин и очень скоро стало главным инструментом такого регулирования.

Отмена в 1955 году запрета на аборт была лишь признанием повсеместно распространившейся практики, но при этом следовала той же логике, что и законы 1920 и 1936 годов: «Предотвращение аборт, — гласил новый закон, — может быть обеспечено путем дальнейшего расширения государственных мер поощрения материнства и мер воспитательного и разъяснительного характера» (Об отмене 1958: 333).

В 1955 году вряд ли кто-нибудь ожидал, что женщины в России, на Украине или в Прибалтике станут рожать по 8 или 10 детей, но никаких указаний на то, как регулировать число детей иным способом, нежели аборт, и в чем здесь могут помочь «меры поощрения материнства», в законе 1955 года нет. По существу, это был закон, подталкивавший к абортам.

Последующие годы не принесли существенных изменений. Советское общество за семь десятилетий своего существования так и не смогло признать до конца права свободного прокреативного выбора женщины и семьи, обеспечить им условия, необходимые для реализации этого права, для свободного, сознательного и безопасного регулирования деторождения.

Еще в начале 1960-х годов изучение анкет женщин, поступивших для производства аборта в медицинские учреждения в семи городах России, показало, что использование противозачаточных средств предотвращает лишь 20–25% аборт (Садвокасова 1969: 135). По данным проведенного в 1966 году опроса замужних женщин на нескольких московских предприятиях, 74% опрошенных пользовались теми или иными способами предупреждения беременности, причем 43% женщин в возрасте до 30 лет и 48% женщин в возрасте старше 30 лет сказали, что применяют их всегда. Доля применявших противозачаточные средства была тем выше, чем больше детей уже имелось в семье, но, как показал опрос, все это не исключало широкого использования аборт. 1462 опрошенные женщины имели в анамнезе 2952 нежелательные беременности, из которых более 97% окончились аборт (Белова, Дарский 1972: 131, 134).

Начиная с первой половины 1960-х годов в западных странах получили распространение два новых вида противозачаточных средств, более надежных и удобных в применении: оральные гормональные контрацептивы в таблетках (ОК) и внутриматочные спирали (ВМС). До России эти нововведения дошли не скоро. В частности, только что упоминавшийся московский опрос дал основания утверждать, что «в 1966 году... ни пероральные пилули, ни внутриматочные механические средства, в сущности, совсем не были известны москвичкам... Основным средством предохранения для большинства супружеских пар оказался презерватив, которым пользовались 58% опрошенных» (Там же, 135). Фактически 12% из этих 58% сочетали использование презерватива с прерванным сношением, а еще 32% прибегали только к прерванному сношению (Там же, 136). При такой структуре контрацепции не удивительны частые сбои, приводившие к нежелательной беременности и последующему аборт.

В СССР крайне подозрительно относились к новым противозачаточным средствам, революционизировавшим регулирование деторождения. Отношение к ним Минздрава СССР было противоречивым, а его политика — вялой и непоследовательной. В 1970 году Минздрав опубликовал решение Симпозиума по гормональной контрацепции, в котором отмечалась высокая эффективность гормональных контрацептивов и признавалось целесообразным их применение в качестве противозачаточных средств (правда, строго по рецепту и не более одного года), наряду с внутриматочными контрацептивами (до этого гормональные средства использовались в основном с лечебной целью).

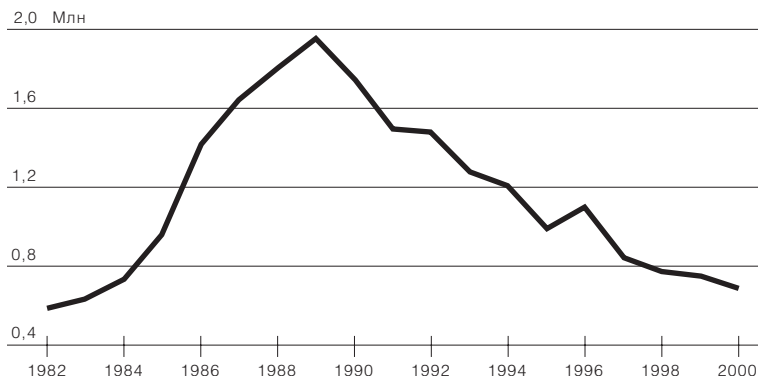
Но, как зачастую было в Советском Союзе, благие намерения и даже решения в основном оставались на бумаге. Уже в 1974 году Министерство здравоохранения разослало инструктивное письмо «О побочных действиях и осложнениях при применении оральных контрацептивов», в котором эти побочные эффекты были настолько преувеличены, что само дальнейшее использование оральных контрацептивов оказалось под вопросом. Со ссылками на зарубежные источники приводились данные о летальных исходах — не говоря уже о различных осложнениях здоровья — вследствие приема оральных контрацептивов в разных странах.

Между тем, уже тогда в мире, по приблизительным подсчетам, оральные контрацептивы систематически применяли более 18 млн. женщин, на середину 1970-х годов пришелся пик роста их потребления. Западные страны пошли по пути постоянного развития и совершенствования гормональных противозачаточных средств, уменьшения риска их использования, там проводились широкие научные исследования. Свою роль сыграла и острая конкуренция между фармацевтическими компаниями. А в СССР Минздрав продолжал акцентировать внимание на анализе осложнений, связанных с приемом оральных противозачаточных средств. В 1981 году было издано новое письмо Минздрава СССР «О побочных реакциях и осложнениях, вызываемых оральными контрацептивами», в котором прямо говорилось: «Трудно согласиться с мнением..., что положительные медицинские и социальные последствия применения оральных контрацептивов превышают их риск». Складывается ощущение, что в опыте других стран, в которых в это время происходила подлинная «контрацептивная революция», Минздрав намеренно замечал лишь самое негодное и не желал видеть ничего положительного.

Только в 1980-х годах ситуация стала меняться к лучшему, в частности, в отношении гормональной контрацепции. В уже упоминавшемся приказе Минздрава РСФСР (от 25 июля 1985 года) говорилось о необходимости оперативных мер по широкому использованию современных контрацептивных средств — внутриматочных и гормональных.

В качестве основного метода контрацепции официальная медицина в этот период рассматривала внутриматочные средства. Об этом прямо говорилось в документах Минздрава, об этом же можно судить и по обилию медицинской литературы о характеристиках и опыте применения ВМС в 1970–1980-х годах. Число женщин, использующих ВМС, росло, особенно быстро — после 1985 года (рис. 13.8). В некоторых случаях, в частности, когда ВМС противопоказаны, разрешалось применять и гормональные средства, правда, короткое время — не более полтора лет, и с большим перечнем противопоказаний (из приложения №4 к приказу Минздрава РСФСР №590-дсп от 25 июля 1985 года).

Рисунок 13.8. Число ВМС, введенных в учреждениях Минздрава РФ, 1982–2000



Источник: Avdeev, Blum, Troitskaja 1993; Здоровье населения 2002.

Обеспеченность противозачаточными средствами в СССР всегда была намного ниже потребности в них. По расчетам на 1980 год (Шнейдерман 1991: 94; Попов 1991: 130), обеспеченность всеми контрацептивами составляла 26%, в том числе презервативами — 18%, ВМС — 54%, гормональными средствами — 19%. Но это очень приблизительные оценки, базирующиеся на тогдашней фактической структуре контрацепции, которая была далека от оптимальной. Да и те противозачаточные средства, что были в наличии, уже тогда можно было охарактеризовать как устаревшие и малоэффективные.

В условиях многолетней дезинформации относительно средств контрацепции взгляды населения на различные способы контроля рождаемости были существенно искажены и в середине 1980-х годов мало отличались от взглядов середины 1960-х. Например, как показал опрос семей в 1983–1985 годах, 25% молодых замужних женщин Москвы и 31% молодых замужних женщин Уфы никогда не слышали о гормональной контрацепции, а из тех, кто слышал, только 4–6% считали ее безвредной (Бабин 1986: 146–156). Самым эффективным респонденты назвали метод прерванного полового сношения.

Официальные данные Минздрава СССР, которые стали публиковаться только с конца 1980-х годов, содержат сведения о числе женщин, имеющих внутриматочные спирали и использующих гормональную контрацепцию и состоящих при этом под наблюдением у врача. По данным Минздрава, в конце 1989 года 15,2% женщин репродуктивного возраста использовали ВМС и 1,4% — гормональные средства.

В таблице 13.15 представлена структура используемой контрацепции по данным выборочных обследований 1980-х годов. Как видно, очень большую роль (в среднем, порядка 2/3 всех применявшихся методов и средств контрацепции) в предупреждении беременности играли малоэффективные методы — прерванное половое сношение, воздержание в опасные дни (календарный метод), спринцевание. Многие авторы указывали, что в тот период примерно 70–80% искусственных абортов скорее были результатом использования малоэффективных, с высокой долей контрацептивных неудач методов планирования

семьи, чем массового отказа от применения контрацепции. Кроме того, выборочные опросы выявили нерегулярность использования методов и средств контрацепции, что также повышает риск наступления нежелательной беременности.

Таблица 13.15. Структура применяемых методов контрацепции по данным выборочных обследований 1980-х годов, %

| Регион | Год | Методы контрацепции | | | | | | | Всего |
|--------------------------|----------|---------------------|-------------------|-------------|--------------|------|-------------------|--------|-------|
| | | Прерванное сношение | Календарный метод | Презерватив | Спринцевание | ВМС | Оральные средства | Другие | |
| 1 Москва | 1983– | 24,9 | 27,0 | 24,4 | 8,1 | 9,8 | 2,0 | 3,8 | 100 |
| Саратов | 1985 | 20,7 | 27,6 | 20,5 | 17,0 | 8,5 | 2,5 | 3,20 | 100 |
| Уфа | | 19,2 | 26,0 | 15,1 | 18,2 | 14,5 | 1,4 | 5,6 | 100 |
| 2 Москва | 1984 | 14 | 30,0 | 21 | 17 | 11 | 4 | 4 | 100 |
| 3 Москва | ок. 1985 | 35,9 | 24,7 | 20,3 | Н. д | 13,5 | 1,7 | 3,9 | 100 |
| Егорьевск | | 43,4 | 21,3 | 11,9 | Н. д | 16,6 | 1,2 | 5,7 | 100 |
| 4 Хабаровский край, село | ок. 1985 | 20 | 17,1 | 20,4 | 16,4 | 12,5 | 3,7 | 10,4 | |
| Калининская обл., город | | 19,2 | 19,9 | 20,5 | 14,3 | 15,4 | 3,3 | 8,1 | |
| Челябинская обл., город | | 20,3 | 20,5 | 16,7 | 18,7 | 11,7 | 2,4 | 10,8 | |
| 5 Петербург, Калуга | 1988 | 18,4 | 24,4 | 16,9 | 14,7 | 24,4 | 3,3 | н. д | |

Примечание: 1 – опрос супругов с одним или двумя детьми, возраст жены – до 35 лет; 2 – женщины, посетившие поликлинику; 4 – женщины, которые могли указать несколько средств, поэтому сумма не равна 100.

Источники: Бабин 1986: 146–156 (1); Попов, Visser, Ketting 1993: 227–236 (2); Алленова 1989: 83 (3); Шнейдерман 1991: 117 (4); Харькова 1994: 32–35 (5).

О том, что в 80-х годах в ситуации с применением противозачаточных средств наметились позитивные изменения, говорят, в частности, ответы на вопрос о возрасте получения информации о контрацепции (табл. 13.16). Чем моложе были респондентки, тем выше доля получивших сведения о методах и средствах контрацепции до начала сексуальной жизни.

Таблица 13.16. Доля женщин соответствующего возраста, впервые узнавших о методах и средствах контрацепции до начала сексуальной жизни, Калининская область, середина 1980-х годов, %

| Возраст в момент опроса, лет | Доля, % | Возраст в момент опроса, лет | Доля, % |
|------------------------------|---------|------------------------------|---------|
| До 20 | 79,0 | 35–39 | 34,0 |
| 20–24 | 56,9 | 40 и старше | 20,0 |
| 25–29 | 59,9 | В среднем все опрошенные | 53,3 |
| 30–34 | 43,7 | | |

Источник: Шнейдерман 1991: 123.

В целом же, несмотря на некоторые перемены, весь 35-летний период с 1955 до конца 1980-х годов, по мнению исследователей, был временем застоя во всем, что касалось развития столь необходимых подавляющему большинству женщин и супружеских пар современных методов планирования семьи (Попов 1991; Положение 1997; Remenick 1991; Avdeev, Blum, Troitskaja 1995).

Очень большое количество абортот сочеталось в это время с практически полным отсутствием службы планирования семьи, которая занималась бы информированием, обеспечением противозачаточными средствами и медицинской помощью (отчасти эта функция была возло-

жена на консультации типа «Брак и семья»). Сохранились низкая обес­печенность населения современными средствами контрацепции и от­сутствие выбора методов контроля рождаемости (у забеременевших женщин был выбор — рожать или не рожать, тогда как большинство беременностей были незапланированными¹⁴). Почти полностью отсутствовало половое воспитание и образование, контрацептивная и сексуальная культура населения оставалась крайне низкой.

14
63%, по данным обследования
женщин Петербурга и Калуги
в 1988 году (Харькова 1994: 33).

Советское государство и общество как будто заснули на 35 лет, чтобы не видеть происходившей во всем мире контрацептивной рево­люции, бурного развития все более надежных и безопасных методов и средств, обеспечивающих реализацию репродуктивных прав и репро­дуктивного здоровья населения, необходимых для производства на свет желанного и здорового потомства.

13.4.2 Контрацепция против аборта: новый раунд

В 1990-х годах перемены, затронувшие все стороны российской жизни, вторглись и в область планирования семьи. Сыграли свою роль и воз­никновение рыночной экономики, в частности, и рынка современных и качественных контрацептивов. Немалая заслуга в этом принадлежала активной деятельности фармацевтических фирм — производителей противозачаточных средств. Возникли частные структуры, представ­ляющие услуги по планированию семьи, и, хотя эти услуги не были до­ступны широким слоям женщин, монополия Минздрава хотя бы отча­сти была ликвидирована. Разрушилась информационная изоляция страны, в том числе и в этой сфере.

После того, как в конце 1980-х годов была рассекречена статисти­ка абортов, началось широкое обсуждение проблемы в научной литера­туре и средствах массовой информации. Стали расширяться каналы, по которым население могло получить сведения о планировании семьи.

К чему привели все эти перемены?

Статистический учет данных о распространенности и структуре применяемых методов контрацепции в России к концу века так и не был налажен. Как уже было сказано, Министерство здравоохранения публиковало сведения о числе женщин, имеющих внутриматочные спирали (ВМС) или использующих гормональную контрацепцию и состоящих при этом под наблюдением у врача (табл. 13.17). Эти дан­ные, скорее всего, страдали неполнотой, особенно в отношении гормо­нальных средств, которые отпускались в аптеках без рецепта. Даже те женщины, которые применяли один из указанных методов контрацеп­ции, но консультировались с врачом нерегулярно, попадали в статис­тику только в год обращения в поликлинику. Кроме того, отсутство­вала информация о длительности и прекращении использования контрацепции.

Если все же судить по статистике Минздрава, то число женщин, использующих внутриматочные средства, с середины 1990-х годов снижалось, а число тех, кто прибегал к гормональной контрацепции, неуклонно возрастало (табл. 13.17). К концу десятилетия, однако, темп роста числа женщин, применяющих гормональную контрацепцию, снизился. По данным Минздрава, на конец 2000 года 16,2% всех женщин

Правильнее было бы относить число женщин, использующих контрацепцию, к числу женщин, подверженных риску беременности, но достоверных данных об этом нет.

репродуктивного возраста пользовались внутриматочными и 7,2% — гормональными противозачаточными средствами¹⁵.

Выборочные обследования, затрагивающие вопросы планирования семьи, показывали высокий уровень использования методов контрацепции, не намного уступающий уровню других развитых стран (табл. 13.18 и 13.19). По данным исследования РЗРЖ 1999 года, 73% опрошенных женщин в возрасте от 15 до 44 лет (в среднем по трем регионам России — см. с. 219–220), постоянно живущих с партнером, применяли какие-либо методы предупреждения зачатия, в том числе 53% — современные методы контрацепции. Даже среди замужних женщин, не имеющих детей, доля использующих контрацепцию составляла около половины (Репродуктивное здоровье 2000). Согласно другому опросу, какой-либо метод контрацепции использовали 74% замужних женщин в Великом Новгороде, 71% — в Перми и 69% — в Березниках (David et al. 2000: 56). Большинство женщин, живущих в брачном союзе и не применяющих методы контрацепции, объясняли это такими причинами, как отсутствие сексуальной жизни, нарушение фертильности, беременность или желание забеременеть, кормление грудью и т.п.

Таблица 13.17. Методы предотвращения зачатия у женщин в возрасте 15–49 лет, Россия, 1989–2000

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Женщины (%), использующие внутриматочные спирали | 15,2 | 17,2 | 18,2 | 19,1 | 19,4 | 19,4 | 18,9 | 18,5 | 17,8 | 17,1 | 16,5 | 16,2 |
| гормональную контрацепцию | 1,4 | 1,7 | 2,1 | 3,0 | 3,0 | 3,6 | 4,6 | 5,9 | 6,8 | 7,1 | 7,2 | 7,2 |
| Введено ВМС (на 100 женщин) | 5,4 | 4,8 | 4,2 | 4,1 | 3,5 | 3,2 | 2,6 | 2,9 | 2,2 | 2,0 | 1,9 | 1,8 |
| Число операций стерилизации (тыс.) | ... | ... | 7,3 | 9,7 | 11,0 | 13,8 | 15,1 | 16,2 | 17,3 | 19,9 | 19,4 | 18,5 |

Рассчитано по: данные Минздрава РФ на конец соответствующего года.

Вместе с тем, по-видимому, имела какая-то часть женщин, действительно безответственно относящихся к своему здоровью. Например, из почти 1000 замужних женщин, не использующих средства предохранения от беременности, 12% объяснили это тем, что просто «не думали об этом» (Репродуктивное здоровье 1999). Среди женщин, пришедших в медицинское учреждение для производства аборта, 1/3 не смогли сформулировать причину неиспользования контрацепции («не знаю») и 14% «забыли» применить контрацепцию (David et al. 2001: 24). Около 40% этих женщин делали аборт повторно в течение одного года.

В целом приемлемость искусственного аборта как метода ограничения деторождения была для опрошенных женщин низкой, по крайней мере на словах. По данным исследования РЗРЖ 1999 года, только 0,4% женщин указали на предпочтение аборта как причину неиспользования предохранительных средств. Интересно, что лишь 4% из не применяющих контрацепцию сослались на цену и доступность контрацептивов и практически никто не сослался на религиозные убеждения.

Таблица 13.18. Использование контрацепции в некоторых странах, 1990-е годы, %

| Страна | Год опроса | Доля женщин, имеющих постоянного партнера и использующих контрацепцию |
|-----------|------------|---|
| Австрия | 1996 | 67,9 |
| Бельгия | 1992 | 84,2 |
| Канада | 1995 | 80,2 |
| Финляндия | 1990 | 84,0 |
| Франция | 1994 | 89,9 |
| Германия | 1992 | 84,8 |
| Венгрия | 1993 | 91,8 |
| Норвегия | 1989 | 80,3 |
| Польша | 1991 | 75,7 |
| Словения | 1995 | 84,4 |
| Испания | 1995 | 87,2 |

Источник: Ulrich 2001.

Таблица 13.19. Использование некоторых методов контрацепции среди замужних или имеющих постоянного партнера женщин в России, США и Нидерландах, %

| Методы контрацепции | Нидерланды, 1993 | США, 1995 | Россия*, 1999 |
|-----------------------------------|------------------|-----------|---------------|
| Используют какой-либо метод | 79 | 76 | 73 |
| В том числе: | | | |
| Современные методы: | 77 | 72 | 53 |
| женская стерилизация | 5 | 24 | 2 |
| мужская стерилизация | 11 | 13 | 0 |
| оральные контрацептивы (таблетки) | 49 | 16 | 7 |
| внутриматочные спирали | 4 | 1 | 25 |
| презервативы | 8 | 13 | 16 |
| Традиционные методы | 3 | 5 | 20 |
| Не используют никакого метода | 21 | 24 | 27 |

* В среднем по трем регионам.

Источники: Репродуктивное здоровье 2000; World Contraceptive Use 1998; Fertility 1997: 52.

Результаты опросов, касающихся уровня использования контрацепции, плохо соотносятся с высоким уровнем незапланированных беременностей и их последствий — аборт в России. Отчасти это можно объяснить структурой методов предохранения от беременности (большой долей малоэффективных), а также возможным «приукрашиванием» картины при опросах (женщины заявляют об использовании контрацепции, хотя на самом деле делают это нерегулярно или неправильно). По данным опроса в рамках проекта «Мать и дитя», 70% женщин, пришедших прервать нежелательную беременность, прибегали, по их словам, к контрацепции, в том числе 12% пользовались современными методами — гормональными и внутриматочными средствами, и 51% — барьерными методами (David et al. 2001: 23), и, судя по всему, пользовались неправильно, хотя контрацептивные неудачи бывают и при правильном использовании контрацептивов.

Что касается структуры использования контрацепции, то, по данным выборочных обследований, на первом месте по частоте использования стояли внутриматочные средства — результат активной кампании, инициированной еще Минздравом СССР для снижения числа аборт. На втором месте по распространенности были традиционные методы (в основном календарный и прерванный половой акт) и на третьем — презерватив (табл. 13.19). Противозачаточные таблетки при-

нимала примерно десятая часть женщин, использующих контрацепцию, в отличие от многих развитых стран, где гормональная контрацепция преобладала (табл. 13.20).

Вместе с тем, по сравнению с 1980-ми годами структура контрацепции в России изменилась в лучшую сторону. Раньше основная часть (до 60%) прибегающих к мерам предотвращения зачатия использовали традиционные или народные методы. К концу 1990-х годов значительно возросла популярность внутриматочных и гормональных средств, появились новые, более современные методы, информацию о которых получить было гораздо проще, чем раньше.

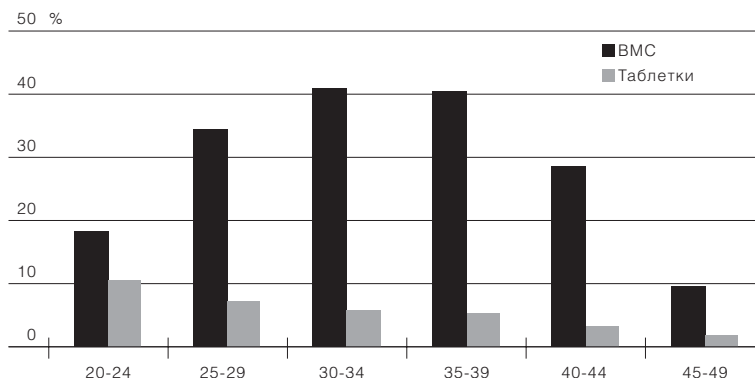
Таблица 13.20. Структура методов контрацепции, используемой женщинами, состоящими в союзе, в некоторых странах, 1990-е годы, % от использующих какой-либо метод

| | Стерилизация | Гормональные таблетки | ВМС | Презерватив | Метод ритма | Прерванное сношение | Другие методы |
|-----------|--------------|-----------------------|-----|-------------|-------------|---------------------|---------------|
| Австрия | 6 | 59 | 13 | 15 | 3 | 1 | 2 |
| Бельгия | 18 | 64 | 6 | 7 | 3 | 2 | - |
| Венгрия | 1 | 53 | 21 | 12 | 3 | 8 | 1 |
| Германия | 2 | 84 | 7 | 5 | 1 | - | 1 |
| Испания | 17 | 22 | 9 | 36 | 2 | 13 | 1 |
| Канада | 46 | 33 | 4 | 14 | 1 | - | 2 |
| Норвегия | 5 | 34 | 33 | 19 | 4 | 3 | 2 |
| Польша | - | 5 | 12 | 18 | 38 | 22 | 4 |
| Словения | 3 | 32 | 27 | 12 | 10 | 12 | 3 |
| Финляндия | 10 | 24 | 32 | 28 | 1 | 1 | 4 |
| Франция | 7 | 56 | 24 | 7 | 1 | 3 | 2 |

Источник: Ulrich 2001.

По результатам РМЭЗ, гормональные средства контрацепции принимались замужними женщинами тем чаще, чем моложе женщина (рис. 13.9). Молодые поколения имеют меньшее предубеждение против таблеток, чем женщины старшего возраста, воспринявшие негативное

Рисунок 13.9. Доля замужних женщин, применяющих внутриматочные и гормональные средства контрацепции, по возрастным группам, Россия, 1996



Источник: Планирование 1997: 12-13.

отношение советской официальной медицины к гормональной контрацепции. С другой стороны, такое распределение использующих внутриматочные и гормональные средства по возрасту вполне соответствует рекомендациям советской медицины (внутриматочные средства — только для рожавшей женщины, а оральная контрацепция — желательна в молодом возрасте, до 35 лет).

В ряде стран одним из основных методов предотвращения беременности служит стерилизация, в частности в США, Канаде, Австралии, Китае, Индии, из европейских стран — в Нидерландах, Бельгии, Испании и др. В Советском Союзе хирургическая стерилизация была разрешена в 1990 году при наличии определенных показаний. Затем, в 1993 году, медицинская стерилизация была официально признана как метод контрацепции Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст. 37) и соответствующим приказом Минздрава РФ (№303 от 28 декабря 1993 года). Стерилизация в России может быть проведена по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний — независимо от возраста и наличия детей. Однако этот метод контрацепции не получил широкого распространения в России (табл. 13.19).

Как было указано, в конце 1990-х годов прирост числа женщин, применяющих гормональную контрацепцию, замедлился. Да и частота абортос снижалась не так быстро, как хотелось бы. Самым простым и очевидным объяснением причин могло бы стать ухудшение социально-экономической ситуации после кризиса 1998 года и, в частности, дорожание средств контрацепции, в основном импортных, так как российское производство современной контрацепции так и не было налажено.

В действительности все не так просто. Выборочные опросы населения, проведенные после 1998 года и имевшие, в частности, задачу выявить такую связь, не дали однозначного ее подтверждения. Во время исследования РЗРЖ 1999 года женщинам, перенесшим аборт или поменявшим метод контрацепции после августа 1998-го, задавался вопрос: явился ли тому причиной финансовый кризис в стране. Из 2,6 тыс. женщин, пользовавшихся современными методами контрацепции, только 5% прекратили использование метода или поменяли его на другой под воздействием кризиса (всего поменяли метод контрацепции после августа 1998 года 21% женщин); из 6 тыс. опрошенных женщин лишь 2,6% ответили, что сделали аборт из-за последствий экономического кризиса (рассчитано по: Репродуктивное здоровье 2000). Таким образом, влияние кризиса 1998 года было довольно ограниченным.

Следует к тому же отметить, что, хотя цены на противозачаточные средства действительно росли, аборт тоже не оставался для большинства женщин бесплатным. Возможно, причины медленного перехода «от аборта к контрацепции» лежат глубже и связаны с отношением населения к своему здоровью. Часть женщин, которым действительно просто не хватало знаний, информации и самой службы планирования семьи, получив все это, перешли к более цивилизованному способу регулирования рождаемости. Но, вероятно, все еще было немало женщин, не готовых достаточно ответственно относиться к своему здоровью. Они надеялись либо на помощь государства, либо на случай («авось»), либо вообще не задумывались о таких вопросах. Чтобы эта категория населения осуществила переход от старой модели контроля рождаемости

к новой, нужно время и, что особенно важно, внятная позиция общества и государства по всем вопросам, касающимся планирования семьи, репродуктивных прав и репродуктивного здоровья граждан России.

13.5 Репродуктивные права, регулирование деторождения и рождаемость

К сожалению, выработка такой внятной позиции идет не очень успешно. И в отношении прерывания беременности (искусственного аборта), и в отношении предупреждения беременности с использованием современных противозачаточных средств существует множество предубеждений, которые часто препятствуют непредвзятому рассмотрению всего комплекса проблем, относящихся к признанию и реализации репродуктивных прав женщины и семьи. А во всех случаях, когда эти права не получают ясной социальной санкции, но реализуются вопреки общественным запретам или недомолвкам, люди, практикующие регулирование деторождения (то есть подавляющее большинство населения), делают это на свой страх и риск и часто не самым эффективным и не самым безопасным образом.

13.5.1 Репродуктивные права и аборт

У искусственного аборта нет и никогда не было безоговорочных сторонников. Существует редкий общественный консенсус по поводу того, что нужно стремиться к как можно большему сокращению числа абортов, с тем чтобы они, подобно любой хирургической операции, производились в исключительных случаях. Однако на этом консенсус заканчивается, ибо мотивы возражений против аборта оказываются различными, потому различны и предлагаемые методы борьбы с ним.

Для одних аборт плох потому, что это — архаичный, болезненный и небезопасный способ регулирования деторождения, не соответствующий современным медицинским и технологическим возможностям.

Некоторые не соглашались с абортом также и по этическим или религиозным соображениям, считая недопустимым уничтожение уже зачатой жизни. Такова официальная точка зрения многих церквей. В частности, как отмечается в «Основах социальной концепции Русской православной церкви», принятых Юбилейным Архиерейским собором РПЦ в августе 2000 года, «с древнейших времен Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех. Канонические правила приравнивают аборт к убийству. В основе такой оценки лежит убежденность в том, что зарождение человеческого существа является даром Божиим, поэтому с момента зачатия всякое посягательство на жизнь будущей человеческой личности преступно... Широкое распространение и оправдание абортов в современном обществе Церковь рассматривает как угрозу будущему человечеству и явный признак моральной деградации. Верность библейскому и святоотеческому учению о святости и бесценности человеческой жизни от самых ее истоков несовместима с признанием „свободы выбора“ женщины в распоряжении судьбой плода» (Основы 2000: ст. XII.2).

Наконец, есть и такие противники аборта, для которых на первый план выходят не религиозно-этические, а демографические соображения.

На свободу аборта возлагается ответственность за снижение рождаемости, а запрещение аборта рассматривается как мера, направленная на ее повышение. На этом аргументе стоит остановиться несколько подробнее.

В мировой практике есть несколько примеров борьбы с падением рождаемости с помощью запрета аборта. Все они указывают на низкую эффективность этой меры.

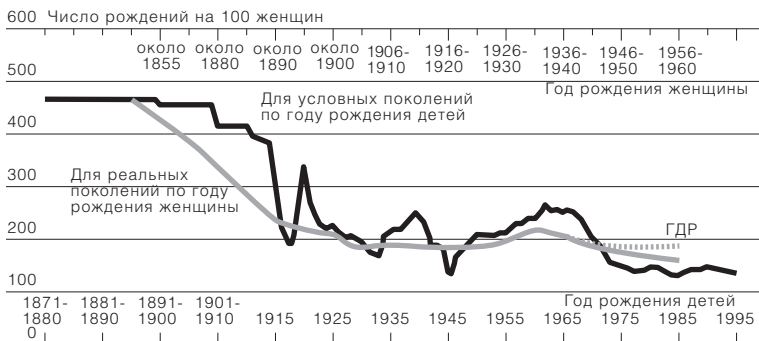
Один из таких примеров — нацистская Германия. Выше уже говорилось о жестких запретительных мерах — и в отношении аборта, и в отношении контрацепции, — использовавшихся в Германии после прихода нацистов к власти в 1933 году. Все эти меры сопровождались идеологической кампанией против ограничения рождаемости, которая, на первый взгляд, имела успех. Число заявлений с просьбой о разрешении легального аборта сократилось с 43,9 тыс. в 1932 году до 2,3 тыс. в 1939-м (David, Fleischhacker, Höhn 1988: 94). И, естественно, как это всегда бывает в подобных случаях, рождаемость у застигнутого врасплох населения на некоторое время повысилась.

Однако, как видно на рисунке 13.10, этот подъем, несмотря на постоянное ужесточение антиабортного законодательства, был не таким уж большим (меньшим, например, чем в 1945–1965 годах — темная линия, нижняя шкала), довольно быстро закончился и отразился только в «поперечных» показателях (т.е., по существу, был фиктивным). Что же касается когортной рождаемости поколений женщин, родившихся в первые два десятилетия прошлого века (светлая линия и верхняя шкала графика) и достигших детородных возрастов в 30-е годы, то она оказалась меньше, чем у соседних групп поколений — как более молодых, так и старших.

Не менее убедителен и пример «социалистической» Румынии. Аборт был законодательно запрещен в Румынии в 1966 году, что оправдывалось целью достичь уровня рождаемости, «соответствующего экономическому прогрессу населения» и способного обеспечить увеличение численности населения страны к 1990 году до 24–25 млн. человек.

Сразу после запрещения аборт рождаемость в Румынии действительно возросла почти вдвое. Однако очень скоро снижение

Рисунок 13.10. Коэффициент суммарной рождаемости за календарные годы (1871–1995)* и итоговая рождаемость женских когорт 1865–1960 годов рождения, Германия



* Данные после 1945 года относятся к Западной Германии.

рождаемости возобновилось. Был налажен механизм подпольных абортов, их число стало быстро расти и в 1980–1983 годах уже превосходило число родов — такое соотношение никогда не встречается в либеральных западных странах. Рождаемость же к 1983 году вернулась к уровню 1966 года.

В 1980-х годах борьба с «дезертирами» в Румынии ужесточилась. Все работающие женщины от 16 до 45 лет под угрозой потерять право на медицинское обслуживание, пенсии и социальное страхование, должны были проходить ежегодное медицинское обследование. Были проведены показательные судебные процессы по делам об абортах и т.д.

Эти меры, усилив социальную напряженность в стране, уже не вызвали такого значительного всплеска рождаемости, как в 1967 году. Семейные пары, как и врачи, успели приспособиться к ситуации — часто с печальными последствиями для здоровья женщин. Материнская смертность возросла с 85,9 на 100 тыс. живорождений в 1966 году — последнем перед запретом абортов — до 174,8 в 1982-м (в 2 раза), при этом 84–89% материнских смертей в 80-х годах были результатом нелегального аборта. Когда в 1990 году аборт был снова легализован, показатель материнской смертности, связанной с абортами, за один год снизился с 147,4 до 57,5 на 100 тыс. живорождений (Vaban 1999: 207).

Население Румынии, так и не достигнув 24 млн. человек, после 1990 года стало сокращаться. Сейчас Румыния находится в ряду европейских стран с самой низкой рождаемостью и в то же время занимает одно из первых мест в мире по доле беременностей, прерываемых абортom.

В ряду этих примеров стоит и почти 20-летний (1936–1955) советский, а, стало быть, и российский опыт. Рождаемость, которая резко упала в голодном 1933-м, так и не восстановилась к 1936 году. Но в 1937-м, сразу после введения запрета на аборт, коэффициент суммарной рождаемости вернулся к уровню 1932 года — 5,1 рождения на одну женщину. Однако уже в следующем году он начал снижаться, и понадобилось не более трех лет, чтобы в последнем предвоенном году этот показатель достиг величины 4,26, что почти не отличалось от уровня критического 1933 года (4,14). Война смешала все карты, но когда она окончилась, предвоенный уровень рождаемости был полностью забыт. В 1949 году коэффициент суммарной рождаемости единственный раз за послевоенные годы превысил 3 рождения на одну женщину, в 1955-м он равнялся 2,8 (Андреев, Дарский, Харьковская 1998: 164). Простое сопоставление уровней 1937 и 1955 годов показывает, что к середине 1950-х практика внутрисемейного регулирования деторождения стала уже массовой и что в условиях неразвитости контрацепции это должно было означать очень большое количество утаиваемых абортов.

Таким образом, ни одна из попыток воспрепятствовать снижению рождаемости с помощью запрета аборта не привела к успеху, и все они показали, что массовое распространение аборта — не причина снижения рождаемости. Скорее, напротив, оно — следствие происходящих в обществе глубинных изменений, которые побуждают женщин или супружеские пары искать способы ограничить свое потомство и — при отсутствии других возможностей — подталкивают их к аборту.

Именно это и происходило в России. При всех противоречиях «социалистической» модернизации и ограниченности ее результатов, страна, конечно, модернизировалась, а вместе с тем модернизировалась и рождаемость. Свобода прокреативного выбора родителей получила

общественное признание, число рождаемых в каждой семье детей неуклонно уменьшалось. Это уменьшение, снижение рождаемости и было целевой доминантой ее модернизации, что неотвратимо сближало Россию с западными странами. В послевоенные десятилетия российское общество стало таким же «неомальтузианским», как и все западные. Но «неомальтузианство» продолжало оставаться в СССР идеологическим жупелом. Целые поколения бездетных, однодетных, в лучшем случае двухдетных идеологов со всех мыслимых трибун клеймили неомальтузианцев, не догадываясь, что речь идет о них самих, об их ближнем и дальнем окружении, что они выступают — правда, только на словах — непримиримыми борцами против самих себя, своего собственного образа жизни.

На деле же, если отличия российского (и вообще советского) неомальтузианства от западного и существовали, то они касались только методов регулирования деторождения, но никак ни его сути. И эти отличия говорили отнюдь не в пользу советского варианта. При примерно одинаковом уровне рождаемости, годовое число абортов на 100 родов на рубеже 80–90-х годов составляло в России 196, в Белоруссии — 153, на Украине — 164, в Латвии — 126, в Эстонии — 117, тогда как в Швеции оно равнялось 30, в Италии — 29, в Великобритании — 23, во Франции — 21, в Финляндии — 20, в Австрии — 17, в Германии (ФРГ) — 11, в Нидерландах — 10 (Recent demographic developments 1995).

13.5.2 Репродуктивные права и контрацепция

Есть все основания отрицать существенную связь между интенсивностью абортов и уровнем рождаемости в современных условиях. Но две другие группы аргументов в пользу максимального сокращения практики абортов — «медицинские» и этико-религиозные — не могут быть отвергнуты. Однако сторонники этих аргументов также не едины, ибо между теми, кто признает и кто не признает свободу аборта как одно из репродуктивных прав женщины или супружеской пары, большая разница.

Для тех, кто признает право женщины или обоих потенциальных родителей иметь только желанных детей, самим решать, сколько детей рожать и в какие сроки, аборт — крайне нежелательный способ реализации этого права, худший из всех возможных. Отсюда — стремление, не запрещая аборта, предоставить женщине широкий выбор возможностей регулирования деторождения иными способами и таким образом вытеснить искусственное прерывание беременности ее предотвращением с помощью как традиционных, так и новых, все более совершенных, надежных и безопасных противозачаточных методов и средств. Помимо того, что такие методы позволяют избежать болезненного и небезопасного искусственного прерывания беременности, делают женщину менее зависимой от третьих лиц (медицинского персонала и т.п.), избавляют от необходимости огласки, затрагивающей очень интимные стороны ее жизни, в общем, увеличивают число степеней свободы для женщины, они еще и снимают ту часть этических проблем, которая связана, в случае прерывания беременности, с уничтожением уже зачатой жизни.

Для тех же, кто не признает самого права человека на свободный репродуктивный выбор, вопрос стоит иначе. Они опротестовывают сам принцип свободного вмешательства человека в процесс производства собственного потомства или признают его с очень большими ограничениями. При таком подходе аборт — лишь один из многих видов нарушения запрета, которым надо противостоять, при том что все или почти все остальные способы регулирования деторождения также заслуживают осуждения.

Политика советского государства в вопросе о признании репродуктивных прав и их гарантий несколько раз менялась, но всегда была непоследовательной, всегда пыталась совместить оба упомянутых подхода. Это указывает, по существу, на еще одно противоречие советской модернизации, которое привело к огромному отставанию в овладении способами регулирования деторождения, альтернативными аборту и получившими общее название способов или методов планирования семьи¹⁶.

16

В международной практике под «планированием семьи» принято понимать использование методов контрацепции с целью предотвратить нежелательную беременность. Аборт «никоим образом не должен пропагандироваться в качестве метода планирования семьи» (ООН 1994: 31).

Именно на поиск и пропаганду эффективных методов планирования семьи и были направлены с самого начала усилия неомальтузианцев. Достоинства этих методов проявились довольно быстро, но особенно заметными они стали после уже упоминавшегося появления в начале 1960-х годов и последующего распространения новых, более совершенных противозачаточных средств. Вот как оценивали это нововведение во Франции в середине 1980-х годов, когда новые контрацептивы уже получили массовое применение (Leridon et al. 1987: 47).

Опрос мужчин и женщин 18 лет и старше, 1984 год: «Какое из перечисленных событий в наибольшей степени изменило жизнь женщины на протяжении этого века?». Распределение ответов: появление противозачаточных таблеток — 34%; предоставление права голоса — 25%; доступ ко всем профессиям — 23%; предоставление права на аборт — 9%; либерализация развода — 4%; появление телевидения — 4%.

Опрос женщин 18 лет и старше, 1984 год: «Какой закон, по вашему мнению, больше всего изменил жизнь женщины за последние 15 лет?». Распределение ответов: либерализация контрацепции — 61%; либерализация аборта — 18%; равные права мужчин и женщин при найме на работу — 10%; равенство оплаты мужчин и женщин за равный труд — 8%; устранение понятия отцовских полномочий (признание равных родительских прав отца и матери) — 5%; введение родительского отпуска после рождения ребенка для отца или матери — 4%; обязательная совместная подпись налоговой декларации — 1%.

Опрос женщин 38–45 лет, 1984 год: «Какие из изменений, происходивших в обществе за последние 20 лет, кажутся вам наиболее важными?». Распределение ответов: появление противозачаточных таблеток — 60%; большее равенство женщин и мужчин на работе — 55%; новый matrimonialный режим, предоставляющий женщине большую финансовую независимость — 23%; либерализация аборта — 22%; возможность открыто жить в свободном союзе — 22%; возможность для женщины занимать важные политические посты — 16%. (Сумма превышает 100%, так как можно было назвать несколько ответов.)

В СССР представления о том, что важно для современного человека, были, видимо, иными. Всегда имелась неплохая информация, например, о том, сколько женщин избрано депутатами советов разных

уровней, или о том, какая доля женщин имеет высшее образование. Достоверных же данных о ситуации в области планирования семьи либо совсем не было, либо было очень мало. Отношение государства и общества к планированию семьи оставалось двусмысленным. Достойными серьезного внимания признавались только медицинские аспекты репродуктивной функции женщины, что же касается аспектов социальных, правовых и т.п., то их старались, по возможности, обходить молчаливым, вопрос о репродуктивных правах как самостоятельный пункт «повестки дня» никогда не ставился.

Само по себе это не должно вызывать удивления. Массовая практика вмешательства женщины или обоих родителей в процесс производства собственного потомства — явление исторически новое, противоречащее тысячелетнему опыту и традиционным установкам культуры. А одно из главных предназначений культуры как раз и заключается в том, чтобы противостоять нормам и формам поведения, отвергнутым длительным историческим опытом. Но — и это тоже не новость — в переломные моменты истории чрезвычайно важная охранительная функция культуры вступает в конфликт с ее же функцией продвижения нововведений. Отсюда — постоянно возникающий конфликт «традиции» и «новаторства» и неизбежность длительного «инкубационного периода», на протяжении которого нововведения должны убедительно доказать свою оправданность и эффективность.

Казалось бы, в отношении планирования семьи все доказательств уже давно были предъявлены, со времени громких судебных процессов против британских неомальтузианцев XIX века утекло столько воды, а сама практика предупреждения зачатия получила такое развитие и продемонстрировала при этом такие преимущества перед прерыванием беременности, что все возражения должны были давно стихнуть. Однако, видимо, существуют и причины непрерывного возобновления старых споров.

Одна из них — системная сущность культуры, которая охраняет свою интегральную целостность и отторгает чужеродные элементы нового, даже если они выдерживают проверку рациональным опытом. Однако если бы дело было только в этом, противодействие нововведению со столь очевидным позитивным смыслом, как планирование семьи, едва ли нашло бы в СССР многочисленных сторонников, ибо культура советского общества, во всяком случае, его «европейской» составляющей (то есть без Средней Азии, Казахстана, частично Кавказа и т.п.) была уже в достаточной степени модернизирована и в этом смысле далеко ушла от все еще традиционалистских культур большинства стран третьего мира. В отличие от Индии или Бразилии, в России в последние десятилетия советского периода не было необходимости пропагандировать регулирование деторождения, оно давно уже стало здесь всеобщей практикой. И если все же еще слышны довольно громкие голоса противников этой практики, тем более когда речь идет о такой ее форме, как планирование семьи, то это требует каких-то дополнительных объяснений.

Возможно, их следует искать в особенностях советской модернизации, которая, по необходимости, консервировала элементы традиционных отношений, а значит, и традиционной культуры. Она продлевала им жизнь, встраивая их в официальную идеологию, многим заменявшую веру. Не исключено, что именно идеологическая догматика сделала невоз-

можной контрацептивную революцию в послевоенном Советском Союзе. Применительно к планированию семьи эта догматика имела два лица. Одно из них предназначалось для внутреннего употребления, для граждан СССР, и играло, скорее, роль пассивного тормоза при формальном, словесном соблюдении «прогрессивной политкорректности» в отношении всего, что касалось положения женщин, их прав и т.д. Другое же лицо возникало при выходе на международную арену, где советская идеология, не связанная внутренними модернизационными потребностями, откровенно подыгрывала традиционалистским настроениям в третьем мире. Эта позиция естественно вписывалась в общую линию поведения СССР на международной арене, где он претендовал на роль лидера всех мировых сил, борющихся с западным империализмом.

Вот как описывал одно из первых выступлений с такой позицией известный французский демограф Альфред Сови. «В феврале 1947 года 12 человек из 12 стран собрались в Нью-Йорке, в ООН, чтобы основать Комиссию по народонаселению... После первых же реплик, возможно, после нескольких смутных словесных намеков, резко выступил делегат Украины...: „Мы не допустим, чтобы в этих стенах кто-нибудь мог говорить об ограничении браков или рождений в браке. Все предложения на этот счет следует рассматривать как варварские“. В подобных же выступлениях высказался и делегат Югославии, тогда послушной: „Вы, капиталисты, хотите приспособить население к экономике; мы, наоборот, хотим приспособить экономику к населению. Мы выступаем за людей, а вы — за деньги“. Впоследствии эта ортодоксальная позиция еще усилилась. Советская линия получила неограниченную поддержку католической церкви» (Sauvy 1963: 140–141).

Действительно, советская позиция была сродни жесткой позиции католической церкви, которая еще в 1930 году запретила супругам прибегать к каким бы то ни было способам предотвращения зачатия, кроме периодического воздержания (энциклика *Casti Connubii* папы Пия XI). Несколько десятилетий спустя, в 1968 году, эта позиция была подтверждена папой Павлом VI в энциклике *Humanae Vitae*. Кому были адресованы эти запреты? Если сотням миллионов латиноамериканских католиков, то они в этом не нуждались, потому что, как правило, и не пользовались контрацепцией, о чем свидетельствует их очень высокая рождаемость и стремительный рост населения (с 1950 по 2000 год население Латинской Америки утроилось). Если же адресатами папской энциклики были европейские католики, то они явно ее проигнорировали: именно в католических Италии и Испании сейчас самая низкая в Европе рождаемость — и, конечно, не за счет воздержания.

Интересно отметить, что энциклике Павла VI предшествовала работа специально созданной Ватиканом комиссии, большинство членов которой высказалось за разрешение супругам пользоваться противозачаточными средствами. «Сегодня регулирование деторождения представляется необходимым большинству супругов, стремящихся к ответственному, открытому и сознательному родительству». Но Папа последовал совету меньшинства, которое полагало, что «если бы Церковь смирилась с отказом от ценностей Доктрины, которая так непоколебимо сохранялась Традицией, с такой силой и торжественностью проповедовалась до самого последнего времени, то возникла бы серьезная угроза ее моральному и догматическому авторитету» (цит. по: Leridon et al. 1987: 24–25).

Мотивы и словарь советской идеологической риторики были иными, но это мало что меняло в сути дела. Попытки некоторых советских демографов выработать более сбалансированную позицию и поддержать усилия, направленные на распространение методов планирования семьи, получали гневную отповедь борцов с «мировым империализмом». Такую отповедь получил, например, Б. Урланис, обвиненный в том, будто он «голословно заявил, что позиция советских представителей в международных организациях и в том числе позиция советской делегации на Всемирной конференции по народонаселению в 1965 году, исходившая из первостепенного значения социально-экономических мероприятий в решении вопросов населения и второстепенной (попутной) роли политики планирования семьи, якобы была неправильной и даже „нанесла нам вред“ ... Ни слова не сказано о том, что виновником высоких темпов роста населения в развивающихся странах и отставания их в производстве продовольствия являются империалистические государства, Б. Урланис заявил, что „в условиях империализма особенно необходима политика планирования семьи“, т.е. ... он считает, что капитализм можно лечить с помощью лишь этой политики» (Подъячих 1969а: 11–12). Б. Урланису вменялось в вину, что «он демонстрирует перед слушателями тенденциозно составленные таблицы и графики», тогда как его критику без всяких таблиц и графиков было ясно: все дело в том, что широкое осуществление политики планирования семьи «сулит капиталистическим монополиям огромные барыши от продажи противозачаточных средств» (Там же, 11–12).

Социально-политические изменения конца 1980-х — начала 1990-х годов способствовали и преодолению идеологической зашоренности в вопросах планирования семьи. Наметившиеся позитивные сдвиги в соотношении числа аборт и распространенности контрацепции — результат не только, а может быть, даже и не столько рекламных кампаний фармацевтических фирм, изменившегося взгляда врачей на современные противозачаточные средства и распространения информации о них. Важно то, что проблемы планирования семьи смогли выйти из-под монополярной опеки государственного здравоохранения, перестали восприниматься как чисто медицинские и приобрели более громкое, чем прежде, общественное звучание. Возникли неправительственные организации, ставящие перед собой задачи защиты репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья населения. Видное место среди них заняла Российская ассоциация планирования семьи, созданная в декабре 1991 года при поддержке правительства.

На волне общих демократических преобразований в России была принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи», с 1994 года имевшая статус президентской. Ее принятие инициировало разработку соответствующих региональных программ в более чем 50 регионах России. Эти программы были посвящены профилактике детской и материнской заболеваемости и смертности и т.п. Тональность документов Минздрава по сравнению с 1960–1970-ми годами тоже изменилась. Теперь ставилась задача добиться быстрого роста применения гормональных контрацептивов путем увеличения их закупок и распространения информации об этом виде противозачаточных средств как среди населения, так и среди врачей, преодоления негативного отношения акушеров-гинекологов к применению оральной контрацепции.

В 1990-х годах практически впервые была создана основа службы планирования семьи, сотни центров планирования семьи и репродукции, относящихся к системе Минздрава. В рамках программы «Планирование семьи» осуществлялись государственные закупки контрацептивов, многие учреждения имели возможность бесплатного обеспечения ими отдельных социально незащищенных групп населения, в том числе молодежи. Были организованы курсы подготовки специалистов. Велась значительная работа по повышению информированности населения в области планирования семьи. Программой предусматривалось создание и внедрение специальных программ полового образования и воспитания подростков. Существенную финансовую помощь в преодолении «пути от абортов к контрацепции» оказывали международные организации, правительственные и частные зарубежные фонды. В рамках международных проектов осуществлялись поставки современного оборудования, средств контрацепции для центров планирования семьи и женских консультаций, велась подготовка кадров, издавалась соответствующая литература.

Однако наряду с явным и давно ожидаемым оживлением деятельности по развитию планирования семьи активизировались и его противники, которые не дали совсем погаснуть факелу, выпавшему из рук идеологического отдела ЦК КПСС.

Снова, как и в 1920–1930-х годах, российские дебаты о планировании семьи не были изолированы от того, что происходило за рубежом. Только на этот раз они вписывались уже не в европейский, а в общемировой контекст. Центр сегодняшних мировых споров о планировании семьи находится в развивающихся странах, где, с одной стороны, демографический взрыв придал этой проблеме небывалую актуальность, а с другой стороны, все еще сохраняются условия, обильно питающие силы традиционализма. Отголоски этих споров доходят и до России.

Конечно, и здесь существует не зависящая от мировых споров каноническая позиция церкви. В частности, Русская православная церковь занимает в этом вопросе позицию, близкую к позиции Ватикана, хотя и сформулированную в довольно осторожных выражениях. Как говорится в «Основах социальной концепции Русской православной церкви», «определяя отношение к неабортивным средствам контрацепции, христианским супругам следует помнить, что продолжение человеческого рода является одной из основных целей богоустановленного брачного союза. Намеренный отказ от рождения детей из эгоистических побуждений обесценивает брак и является несомненным грехом. Вместе с тем супруги несут ответственность перед Богом за полноценное воспитание детей. Одним из путей реализации ответственного отношения к их рождению является воздержание от половых отношений на определенное время» (Основы 2000: ст. XII.3)¹⁷. Вопрос о других способах предотвращения зачатия как формы ответственного отношения к рождению детей обойден молчанием.

Однако наряду с умеренной, а в известном смысле и уклончивой официальной позицией Православной Церкви существуют и намного менее терпимые, агрессивные выступления, направленные против развития планирования семьи и возрождающие советские идеологические клише, включая и «антиимпериалистическую» риторику

17

Понятие «неабортивные средства контрацепции» не вполне ясно. Если зачатие предотвращено, о каком аборте может идти речь?

ку. Появляются публикации, в которых говорится о «демографической войне» против России, опасность которой «не получила адекватной оценки даже в патриотической среде», а довольно скромные успехи планирования семьи в постсоветской России получают весьма странную интерпретацию. Вот один из примеров таких публикаций: «Руководство СССР, конечно же, было в курсе того, что американцы стараются снизить рождаемость в развивающихся странах. Но серьезно этому не противилось..., хотя и не участвовало. Мы проводили суверенную демографическую политику, и в 80-е годы многое было сделано для того, чтобы рождаемость как раз увеличилась. С середины 60-х по середину 80-х годов общая численность населения стабильно росла примерно на 0,6–0,7% в год. Но в 1991 году Советский Союз перестал существовать, и „демокорректорам“ открылась зеленая улица. Уже на следующий год в „суверенной России“ появилась Российская ассоциация „Планирование семьи“... „Планирование“, „план“ у нас еще со времен советских пятилеток ассоциируются с ростом, преумножением... Легко ли неискушенному человеку догадаться, что речь идет об отказе от детей?... Есть официальные методические указания для центров „Планирование семьи“, где сказано, что критерием успешной деятельности таких центров является количество произведенных абортов. И это очень показательно, поскольку говорит о реальной цели создания подобных центров. Не „количество вылеченных бесплодных пар“, не „число новорожденных младенцев“, а именно количество абортов... Службы, препятствующие деторождению на нашей территории, необходимо закрыть, а демографическую политику сделать полностью свободной от иностранных влияний и вливаний» (Медведева, Шишова 1999).

Любой из приведенных выше аргументов может быть оспорен. Американцы действительно стараются снизить рождаемость в развивающихся странах, и это действительно соответствует их интересам, но разве это не соответствует и интересам России? Или самих развивающихся стран? Их лидеры часто достаточно хорошо понимают необходимость установления контроля над ростом населения, создающим непосильную нагрузку на скромные экономические ресурсы этих стран. Они стремятся проводить прагматичную политику, направленную на расширение практики планирования семьи — главного инструмента замедления демографического роста. Однако такая политика сразу же становится излюбленной темой фундаменталистской критики, нередко получающей массовую поддержку и приводящей порой даже к смене власти (как это было с падением правительства Индиры Ганди в Индии в 1977 году). Кто же при этом выигрывает?

«Суверенная демографическая политика» СССР привела к тому, что уже в 1960-х годах рождаемость в России, на Украине, в Прибалтике, а также во многих «социалистических» странах Европы оказалась самой низкой в мире. Впоследствии она на короткое время повысилась за счет искусственных мер, сказавшихся, в основном, на «поперечных» показателях и подготовивших их последующее резкое падение. Все это время нам принадлежало печальное первенство по числу абортов — неотъемлемая черта нашего суверенного демографического пути. Что же касается «стабильного роста» населения в 60–80-х годах, то о его сомнительной природе сказано в другом месте (см. раздел 21.6.2), здесь гордиться нечем. Однако и общественное мнение, и власть часто

Вот образчик такой агрессивной и абсолютно невежественной публицистики. «Когда американские наследники царя Ирода только-только разворачивали свой фашистский проект [замедления мирового демографического роста], его вполне можно было остановить. И они это прекрасно понимали. А потому прощупывали почву: какой будет реакция второй мировой сверхдержавы — Советского Союза.

Сверхдержава не возражала... И это решило дело... Иранский шах был большим другом Соединенных Штатов... Он развил бурную деятельность по планированию семьи в своем государстве. Министерство образования пересмотрело школьные программы, выпустило новые учебники, включив туда сведения по сексологии и контрацепции (совсем как у нас теперь!), переподготовило учителей, чтобы они могли заниматься секспросветом. Тысячи высокооплачиваемых медработников боролись с „нежеланными детьми“... Но потом шаха свергли, и аятолла Хомейни разогнал „планировщиков“. А вслед за этим — и их американских спонсоров. (Совсем не как у нас теперь!)» (Медведева, Шишова 2003: 87–89).

Едва ли стоит вступать с авторами этого пассажа в полемику по существу дела, но нельзя не обратить внимания на абсолютное извращение фактов. В частности, как раз Иран после шаха не препятствовал использованию противозачаточных средств, а в 1989 году иранское правительство вообще «совершило коренной поворот в демографической ориентации, приняв программу планирования семьи. По всем признакам, она увенчалась успехом: уровень использования противозачаточных средств увеличился с 37% в 1976 году до 75% в 2000-м, в том числе с 20% до 72% в сельской местности и с 54% до 82% в городах» (Abbasi-Shavazi 2001; см. также: Mehryar 2003). Сейчас Иран — одна из стран с наиболее успешно реализующейся программой планирования семьи и снижения рождаемости.

менее восприимчивы к языку фактов, нежели к возмущенной, но не очень компетентной публицистике¹⁸. Именно под влиянием последней Государственная дума в 1997–1998 годах лишила программу «Планирование семьи» прямого бюджетного финансирования. Было приостановлено в школах внедрение программ сексуального просвещения. Возможно, депутаты Думы или чиновники ожидали, что подобные меры помогут повысить рождаемость.

Между тем, службы планирования семьи, на которые возлагается ответственность за снижение рождаемости в России, появились у нас не до, а после того, как это снижение произошло, причем в основном с помощью массового распространения аборта. Поскольку главная цель служб планирования семьи в России заключается в вытеснении аборта контрацепцией, использование количества абортов как критерия эффективности этих служб совершенно естественно: сокращение числа абортов — главный показатель успешности их деятельности.

Дело, однако, не в отдельных доводах «за» или «против» планирования семьи. В нашем несовершенном мире всегда можно найти основания для его критики. Гораздо важнее дать ответ на кардинальный вопрос об отношении к регулированию деторождения и репродуктивных правах женщины и обоих родителей. Этот вопрос не придуман безнравственными людьми, а поставлен самой жизнью. Одно из величайших достижений всемирной модернизации — огромное снижение смертности — сделало прежнюю высокую рождаемость ненужной, более того, как показывает опыт развивающихся стран, — весьма опасной. Именно этот фундаментальный исторический сдвиг требует пересмотра прежних представлений о репродуктивных обязанностях женщины и одновременно ставит в повестку дня вопрос о ее репродуктивных правах. История открыла перед женщиной новые возможности, она позволяет сочетать материнство со множеством других социальных ролей, ранее недоступных ей из-за необходимости отдавать наиболее продуктивные десятилетия своей жизни непрерывному вынашиванию, родам и вскармливанию детей.

Всякий, кто берется высказываться по вопросам планирования семьи и не настаивает на возврате к прежней высокой смертности, должен сказать: как быть?

Если следовать прежним правилам прокреативного поведения, то каждой замужней женщине придется рожать, в среднем, 8–10 раз за свою жизнь, как это и было еще сто лет тому назад, а каждая семья должна будет воспитать 8–10 детей. Едва ли к этому стремятся или на это рассчитывают даже самые яростные поборники высокой рождаемости и противники планирования семьи. Если же

все-таки признать, что ответственное родительство предполагает намеренное ограничение числа рождений (скажем, до трех детей, что вполне

устроило бы самых бескомпромиссных пронаталистов), то и женщины и мужчины должны получить доступ к методам регулирования деторождения, не столь зависящим от человеческой слабости и непредусмотрительности, как половое воздержание. Но это и есть современные методы планирования семьи. Возражать против них — значит мстить путь аборту.

Изменения в рождаемости тесно переплетаются с переменами в массовом матримониальном поведении и трансформацией всего жизненного цикла семьи, будучи одновременно и их причиной, и их следствием и становясь одной из главных составляющих второго демографического перехода, о котором уже говорилось в главе 8. Здесь действуют универсальные исторические закономерности — переживая все эти перемены, российское общество находится в ряду других постиндустриальных, городских обществ.

Цепочка взаимозависимостей всех этих изменений очевидна. Почти полное исчезновение смертности в молодых возрастах (даже в России с ее относительно высокой смертностью в 2000 году до 30-летнего возраста доживало 97% родившихся девочек) не только создает возможность ограничения рождаемости, но и делает его необходимым. Отсюда — поиски эффективной контрацепции, которая, в свою очередь, позволяет планировать время появления детей всех очередностей, включая и первого. Теперь число детей и время их появления на свет все меньше зависит от длительности брачных союзов — юридических или фактических. Это позволяет откладывать заключение устойчивых браков, рождение первых и последующих детей и все завершение формирования семьи на более поздний срок. А если принять во внимание общие изменения социальных условий, образа жизни и системы ценностей, то откладывание брака и снижение рождаемости в возрастах до 25 лет становится неотвратимым. Среди главных проявлений второго демографического перехода, оказывающих влияние на рождаемость:

- абсолютный и относительный рост числа консенсуальных браков, длительных добрачных союзов, пробных нерегистрируемых браков, разводов, сепараций (раздельного проживания официальных супругов), повторных браков при одновременном быстром уменьшении доли скоропалительных, вынужденных браков, стимулированных добрачной и внебрачной беременностью в юном возрасте;
- рост среднего возраста вступления в регистрируемый брак, среднего возраста рождения первого ребенка и среднего возраста материнства в целом;
- рост доли внебрачных рождений при увеличении среднего возраста матери при рождении внебрачного ребенка за счет опережающего роста внебрачной рождаемости в средних и старших материнских возрастах;
- уменьшение эксцесса возрастного распределения рождений, постепенное перемещение модального возраста из возрастной группы 20–24 года в возрастную группу 25–29 лет (а в некоторых странах даже в возрастную группу 30–34 года), резкое уменьшение вклада в итоговые показатели рождаемости самой молодой возрастной группы 15–19-летних матерей и повышение вклада

старших возрастных групп (старше 30 лет) до уровня, характерного для молодых матерей до 25 лет, а затем и превышающего его, в результате чего распределение рождений по возрастной шкале становится более равномерным.

Данные о рождаемости реальных поколений подтверждают наличие глубинных изменений, происходящих с возрастной моделью рождаемости в развитых странах. В таблице 14.1 представлена рождаемость поколений, формировавших свои семьи в России и в других странах в послевоенный период.

Таблица 14.1. Итоговая рождаемость некоторых женских поколений и вклад матерей в возрасте до 26 лет в развитых странах

| | Итоговая рождаемость женских поколений** | | | | Вклад матерей в возрасте до 26 лет в итоговую рождаемость, % | | | |
|--------------------|--|-----------|-----------|-----------|--|-----------|-----------|-----------|
| | Годы рождения женщин | | | | | | | |
| | 1930–1931 | 1940–1941 | 1950–1951 | 1960–1961 | 1930–1931 | 1940–1941 | 1950–1951 | 1960–1961 |
| Нидерланды* | 2,65 | 2,20 | 1,89 | 1,84 | 31,3 | 48,2 | 48,4 | 30,6 |
| Швейцария | 2,18 | 2,06 | 1,79 | 1,77 | 36,4 | 51,8 | 47,9 | 35,0 |
| Япония | 2,40 | 2,01 | 2,02 | 1,80 | 51,8 | 47,5 | 48,4 | 37,2 |
| Швеция | 2,13 | 2,04 | 2,00 | 2,02 | 52,2 | 59,3 | 52,5 | 39,2 |
| Финляндия | 2,43 | 2,00 | 1,86 | 1,94 | 51,8 | 61,9 | 51,0 | 39,2 |
| Дания | 2,36 | 2,23 | 1,90 | 1,89 | 56,3 | 65,0 | 60,0 | 40,2 |
| Западная Германия | 2,16 | 1,94 | 1,69 | 1,59 | 43,0 | 57,0 | 55,5 | 41,5 |
| Австралия | 3,08 | 2,75 | 2,33 | 2,11 | 51,3 | 60,6 | 57,9 | 43,4 |
| Норвегия | 2,51 | 2,43 | 2,09 | 2,09 | 46,1 | 61,3 | 60,3 | 43,6 |
| Бельгия | 2,29 | 2,15 | 1,82 | 1,83 | 43,9 | 57,5 | 56,5 | 45,0 |
| Франция | 2,63 | 2,39 | 2,11 | 2,09 | 48,4 | 56,2 | 55,6 | 45,9 |
| Испания | 2,61 | 2,58 | 2,10 | 1,73 | ... | ... | 51,8 | 45,1 |
| Италия | 2,28 | 2,14 | 1,88 | 1,63 | 39,0 | 48,6 | 55,9 | 46,0 |
| Новая Зеландия | 3,33 | 3,12 | 2,55 | 2,33 | 49,1 | 63,8 | 64,2 | 46,7 |
| Англия и Уэльс | 2,34 | 2,38 | 2,05 | 1,94 | 47,4 | 62,5 | 56,1 | 46,8 |
| США | 3,20 | 2,68 | 2,01 | 2,02 | 59,9 | 71,2 | 59,8 | 52,6 |
| Австрия | 2,35 | 2,05 | 1,84 | 1,67 | 44,1 | 60,1 | 62,0 | 53,3 |
| Португалия | 2,94 | 2,62 | 2,07 | 1,89 | 39,7 | 48,6 | 57,5 | 56,1 |
| Греция | ... | 2,03 | 2,06 | 1,91 | ... | ... | 61,1 | 61,9 |
| Югославия | 2,48 | 2,37 | 2,26 | 2,25 | ... | 62,5 | 64,0 | 62,6 |
| Венгрия | 2,07 | 1,92 | 1,95 | 2,02 | 65,7 | 62,7 | 68,7 | 65,3 |
| Россия | 2,18 | 1,93 | 1,88 | 1,81 | 54,5 | 59,1 | 62,3 | 71,8 |
| Словакия | 2,86 | 2,52 | 2,30 | 2,17 | 60,3 | 66,8 | 69,2 | 72,0 |
| Восточная Германия | 2,21 | 1,97 | 1,80 | 1,80 | ... | 68,1 | 70,0 | 74,0 |
| Чехия | 2,14 | 2,06 | 2,10 | 2,01 | 68,9 | 71,1 | 73,8 | 74,6 |
| Румыния | ... | 2,42 | 2,41 | 2,12 | ... | 56,3 | 69,4 | 75,0 |
| Болгария | 2,09 | 2,08 | 2,04 | 1,90 | 69,2 | 73,4 | 77,9 | 81,0 |

* Страны ранжированы по вкладу в итоговую рождаемость матерей до 26 лет поколения 1960–1961 годов рождения.

** Среднее число детей рожденных живыми в расчете на одну женщину к возрасту 50 лет.

Источники: *Recent demographic developments 2000; Recent demographic developments 2001; Frejka, Calot 2001a: 103–132; Frejka, Calot, 2001b; расчеты С. Захарова.*

Отчетливо видно, как западные страны одна за другой меняли возрастную профиль рождаемости. Для одних стран переломными были поколения 1950-х годов рождения, для других — 1960-х. В России и большинстве стран Восточной Европы (кроме Венгрии и Югославии) перемены у поколений, представленных в таблице 14.1, еще вообще не проявили себя. Более того, как уже говорилось в предыдущих разделах, рождаемость у этих поколений продолжала «молодеть» — вклад в ито-

говую рождаемость младших материнских возрастов, который в большинстве стран сокращался, здесь увеличивался. Первыми в России продемонстрировали иное брачное и репродуктивное поведение только поколения, родившиеся в 1970-х годах (табл. 14.2).

Таблица 14.2. Доля женщин, родивших не менее одного ребенка к возрасту 20, 25 и 30 лет в различных поколениях, Россия, %

| Год рождения поколения | К 20 годам | К 25 годам | К 30 годам |
|------------------------|------------|------------|------------|
| 1954 | 24,9 | 75,3 | 88,1 |
| 1956 | 25,2 | 75,3 | 88,3 |
| 1958 | 25,3 | 74,9 | 88,3 |
| 1960 | 25,3 | 75,1 | 88,5 |
| 1962 | 25,4 | 75,0 | 87,8 |
| 1964 | 26,4 | 75,8 | 87,5 |
| 1966 | 27,7 | 76,0 | 86,8 |
| 1968 | 29,6 | 75,9 | 87,0 |
| 1970 | 31,2 | 74,3 | 85,9* |
| 1972 | 30,4 | 69,0 | 82,7* |
| 1974 | 28,4 | 65,9* | ... |
| 1976 | 25,6 | 62,6* | ... |

*Экстраполированные данные.

Источник: *Население России 2000: 58.*

То, что второй демографический переход, по крайней мере его первый этап продолжительностью в одно–два десятилетия, — процесс, не всегда связанный с изменением итогового уровня рождаемости поколений, доказывают данные, приведенные в таблице 14.3. В целом ряде стран — Бельгии, Дании, Нидерландах, Норвегии, США, Финляндии, Франции, Швеции, Швейцарии — снижение интенсивности рождений в молодых возрастах было полностью или почти полностью компенсировано увеличением рождаемости в старших возрастах, в силу чего итоговая рождаемость женских поколений, появившихся на свет в 1960–1961 годах, очень мало отличается от рождаемости поколений на 10 лет старших (в некоторых случаях рождаемость более молодых поколений оказывается даже выше).

Итак, признаком второго демографического перехода служит не столько снижение рождаемости как таковой, сколько откладывание родительства на более поздний возраст, т.е. изменение возрастной модели рождаемости в сторону «постарения». На ранних этапах этого процесса сдвиг календаря рождений оказывается очень сильным фактором падения показателей рождаемости для условных поколений (для календарных лет) — зачастую до уровней, существенно ниже необходимых для воспроизводства населения (Ryder 1998: 271–291). Такое состояние длится достаточно долго, поскольку замена прежней возрастной модели формирования семьи на принципиально иную не может произойти мгновенно. Положительный и отрицательный опыт новой стратегии планирования семьи осмысливается, распространяется в широких социальных слоях и передается подрастающим поколениям лишь постепенно. На протяжении длительного времени в населении сосуществуют молодые люди с инновационными моделями поведения и представители старших поколений, в которых поддерживаются прежние стратегии формирования семьи. В дополнение к возрастной стратификации на формирование новой демографической модели накладывает свои ограничения и социальная неоднородность общества.

Таблица 14.3. Среднее число детей, рожденных одной женщиной в возрастах до 26 лет и 26 лет и старше, и итоговая рождаемость в двух группах поколений в развитых странах

| | Поколение женщин 1950–1951 годов рождения | | | Поколение женщин 1960–1961 годов рождения | | |
|--------------------|--|--------------------|---------------------------|--|--------------------|---------------------------|
| | До 26 лет | 26 лет и старше | Итоговая рождаемость** | До 26 лет | 26 лет и старше | Итоговая рождаемость** |
| Нидерланды* | 0,91 | 0,98 | 1,89 | 0,56 | 1,28 | 1,84 |
| Швейцария | 0,86 | 0,93 | 1,79 | 0,62 | 1,15 | 1,77 |
| Япония | 0,98 | 1,04 | 2,02 | 0,67 | 1,13 | 1,80 |
| Швеция | 1,05 | 0,95 | 2,00 | 0,79 | 1,23 | 2,02 |
| Финляндия | 0,95 | 0,91 | 1,86 | 0,76 | 1,18 | 1,94 |
| Дания | 1,14 | 0,76 | 1,90 | 0,76 | 1,14 | 1,89 |
| Западная Германия | 0,94 | 0,75 | 1,69 | 0,66 | 0,93 | 1,59 |
| Австралия | 1,35 | 0,98 | 2,33 | 0,92 | 1,20 | 2,12 |
| Норвегия | 1,26 | 0,83 | 2,09 | 0,91 | 1,18 | 2,09 |
| Бельгия | 1,03 | 0,79 | 1,82 | 0,82 | 1,01 | 1,83 |
| Франция | 1,17 | 0,94 | 2,11 | 0,96 | 1,13 | 2,09 |
| Испания | 1,09 | 1,01 | 2,10 | 0,78 | 0,92 | 1,70 |
| Италия | 1,05 | 0,83 | 1,88 | 0,75 | 0,88 | 1,63 |
| Новая Зеландия | 1,64 | 0,91 | 2,55 | 1,09 | 1,24 | 2,33 |
| Англия и Уэльс | 1,15 | 0,90 | 2,05 | 0,91 | 1,03 | 1,94 |
| США | 1,20 | 0,81 | 2,01 | 1,06 | 0,96 | 2,02 |
| Австрия | 1,14 | 0,70 | 1,84 | 0,89 | 0,78 | 1,67 |
| Португалия | 1,19 | 0,88 | 2,07 | 1,06 | 0,83 | 1,89 |
| Греция | 1,26 | 0,80 | 2,06 | 1,18 | 0,73 | 1,91 |
| Югославия | 1,45 | 0,81 | 2,26 | 1,41 | 0,84 | 2,25 |
| Венгрия | 1,34 | 0,61 | 1,95 | 1,32 | 0,70 | 2,02 |
| Россия | 1,17 | 0,71 | 1,88 | 1,30 | 0,51 | 1,81 |
| Словакия | 1,59 | 0,71 | 2,30 | 1,56 | 0,61 | 2,17 |
| Восточная Германия | 1,26 | 0,54 | 1,80 | 1,33 | 0,47 | 1,80 |
| Чехия | 1,55 | 0,55 | 2,10 | 1,50 | 0,51 | 2,01 |
| Румыния | 1,67 | 0,74 | 2,41 | 1,59 | 0,53 | 2,12 |
| Болгария | 1,59 | 0,45 | 2,04 | 1,54 | 0,36 | 1,90 |

* Страны ранжированы по вкладу в итоговую рождаемость матерей до 26 лет поколения 1960–1961 годов рождения.

** Среднее число детей, рожденных живыми, в расчете на одну женщину к возрасту 50 лет (сумма числа детей, рожденных в двух указанных возрастных группах).

Источники: *Recent demographic developments 2000; Recent demographic developments 2001; Frejka, Calot 2001a: 103–132; Frejka, Calot, 2001b; расчеты С. Захарова.*

Даже если, в конечном счете, поколения, затронутые процессами трансформации возрастной модели материнства, к возрасту 50 лет произвели бы на свет детей в не меньшем количестве, чем их предшественники (1,8–1,9 ребенка на одну женщину, как это было в России у когорт матерей, родившихся в конце 1950-х — начале 1960-х годов, т.е. сравнительно близко к норме простого воспроизводства населения, равной 2,1 ребенка, хотя и ниже нее), падение показателей рождаемости для календарных лет — до уровня 1,5–1,6, т.е. существенно ниже нормы простого воспроизводства населения — было бы практически неизбежно и растянулось бы на несколько десятилетий, о чем говорит опыт многих развитых стран.

Если же при этом продолжается снижение рождаемости от поколения к поколению в результате действия каких-либо иных — социальных, экономических и прочих — факторов, как это происходило в целом ряде стран и, в частности, особенно заметно в Южной Европе (Италии, Испании, Греции) и Японии, то годовые показатели рождаемости оказываются под двойным «гнетом» — откладывания рождений

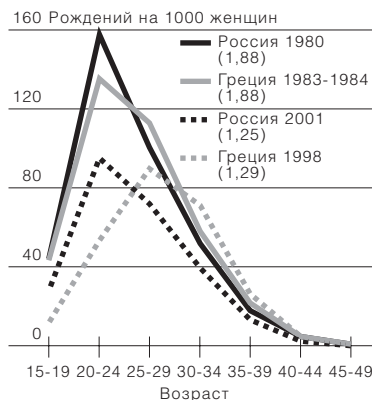
на более поздний срок и общего снижения итоговой вероятности рождений более высоких очередностей, связанного с тем, что доля семей, полностью отказывающихся от рождения вторых, третьих и последующих детей, возрастает. В результате коэффициент суммарной рождаемости для условных поколений женщин достигает рекордно низких уровней — 1,1–1,3 ребенка на одну женщину.

Этому же сценарию, видимо, следуют в настоящий момент Россия и ряд восточноевропейских стран. Для них кризис политической и социально-экономической системы в конце 1980-х — начале 1990-х годов послужил одновременно и катализатором ускоренной трансформации возрастной модели рождаемости, и дополнительным фактором ограничения деторождения под воздействием трудностей адаптации к новым экономическим и социальным реальностям и неопределенности их изменения в будущем (Philipov, Kohler 2001: 55).

Для того чтобы обрисовать возможные контуры будущей модели рождаемости в России, можно взять для примера православную Грецию, значительно дальше продвинувшуюся по пути модернизации рождаемости, хотя еще совсем недавно мало отличавшуюся от России по многим характерным признакам репродуктивного поведения.

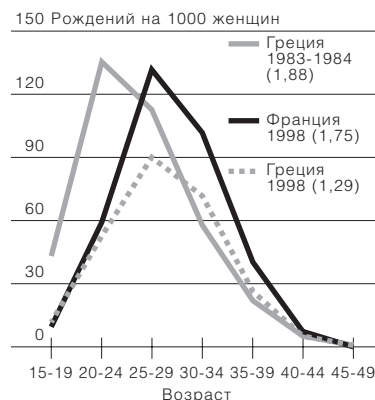
В начале 1980-х годов Греция имела такой же, как и Россия, общий уровень рождаемости и очень близкое распределение рождений по возрасту матери. Сейчас итоговая (суммарная) рождаемость в Греции очень низка и практически не отличается от российской, однако сдвиг в сторону позднего материнства (кривая сместилась не только вниз, но и вправо) здесь очевиден — максимум, ранее приходившийся, как и в России, на возрастную группу 20–24 года, переместился в следующую возрастную группу — 25–29-летних, а рождаемость матерей в возрасте 30–39 лет стала выше, чем два десятилетия назад (рис. 14.1). Россия движется тем же путем, но с заметным отставанием — смещения кривой вправо пока не произошло.

Рисунок 14.1. Возрастные коэффициенты рождаемости в России и Греции в начале 1980-х и около 2000 года (в скобках указан коэффициент суммарной рождаемости)



Источник: *Recent demographic developments* 2002.

Рисунок 14.2. Возрастные коэффициенты рождаемости в Греции в 1983–1984, 1998 годах и во Франции в 1998 году (в скобках указан коэффициент суммарной рождаемости)



Источник: *Recent demographic developments* 2002.

Отдаленным ориентиром и для Греции и для России может служить Франция, в которой рождаемость сегодня — одна из самых высоких в Европе, но базируется при этом на еще более позднем материнстве (рис. 14.2).

Более близкой перспективой для России в целом, и, в первую очередь, для ее городского населения, может служить ситуация, складывающаяся в Москве. Если отвлечься от проблем, связанных с точностью оценки численности населения и других демографических показателей для гигантского мегаполиса, испытывающего мощное миграционное давление, то вырисовывается весьма показательная картина.

К началу 1990-х годов Москва сохраняла тот же уровень и ту же возрастную кривую рождаемости, что и десять и двадцать лет назад (табл. 14.4). После падения общего уровня и достижения исторического минимума рождаемости во всех возрастных группах в 1993 году, в Москве началась последовательная трансформация возрастной модели в сторону «постарения» — коэффициенты рождаемости у матерей моложе 25 лет снижались, а в возрасте 25–45 лет — повышались. До определенного момента эти изменения слабо сказывались на интегральном показателе итоговой рождаемости условных поколений, поскольку рост рождаемости в старших возрастных группах соответствовал снижению в младших. Но в 2001 году уровень рождаемости в Москве (1,29 ребенка на одну женщину) уже превышал средний уровень по стране, и, если рост рождаемости в старших возрастных группах будет продолжаться, Москва имеет шансы вернуться к уровню рождаемости условных поколений, характерному для этого города в 1970–1980-х годах (1,4–1,5 ребенка на одну женщину), но на принципиально иной возрастной основе.

Таблица 14.4. Возрастная (на 1000 женщин данного возраста) и итоговая (суммарная) рождаемость условных поколений, Москва, 1969–2001

| | Возраст женщин | | | | | | | Итоговая рождаемость (на одну женщину) |
|-----------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|---------|--|
| | 15–19* | 20–24 | 25–29 | 30–34 | 35–39 | 40–44 | 45–49** | |
| 1969–1970 | 22,5 | 110,4 | 83,1 | 50,8 | 18,1 | 3,1 | 0,4 | 1,44 |
| 1978–1979 | 31,0 | 117,4 | 86,2 | 46,7 | 15,2 | 3,2 | 0,2 | 1,50 |
| 1989–1990 | 32,9 | 117,4 | 83,8 | 45,5 | 17,5 | 3,3 | 0,1 | 1,50 |
| 1991 | 31,4 | 104,0 | 69,3 | 36,6 | 14,5 | 2,7 | 0,1 | 1,29 |
| 1992 | 26,5 | 91,5 | 61,1 | 29,6 | 11,7 | 2,5 | 0,1 | 1,12 |
| 1993 | 25,6 | 85,7 | 56,6 | 27,3 | 10,8 | 2,1 | 0,1 | 1,04 |
| 1994 | 28,9 | 91,7 | 64,4 | 29,7 | 11,0 | 2,1 | 0,2 | 1,14 |
| 1995 | 27,9 | 93,1 | 70,5 | 32,3 | 12,1 | 2,3 | 0,1 | 1,19 |
| 1996 | 24,1 | 90,6 | 73,8 | 34,1 | 12,7 | 2,6 | 0,1 | 1,19 |
| 1997 | 22,3 | 84,6 | 75,6 | 36,4 | 13,1 | 2,6 | 0,1 | 1,17 |
| 1998 | 19,7 | 82,7 | 76,8 | 38,5 | 13,8 | 2,7 | 0,2 | 1,17 |
| 1999 | 18,0 | 79,9 | 76,2 | 40,5 | 13,8 | 2,5 | 0,2 | 1,16 |
| 2000 | 17,6 | 84,0 | 82,9 | 45,6 | 16,0 | 3,3 | 0,1 | 1,25 |
| 2001 | 17,6 | 83,4 | 86,1 | 49,4 | 17,1 | 3,3 | 0,2 | 1,29 |

*Включая родившихся у матерей в возрасте до 15 лет.

** Включая родившихся у матерей в возрасте 50 лет и старше.

Источник: Демографический ежегодник 1993, 1995–2002; за 1969–1970 и 1978–1979 годы — расчеты С. Захарова на основе неопубликованных архивных данных ЦСУ РСФСР.

Как свидетельствуют регулярные опросы, двухдетная модель семьи по-прежнему сохраняется в качестве идеала и желательной цели

для подавляющего большинства населения развитых стран, в том числе и России (Future 1992: 30–32; Bongaarts 1999: 256–260; Борисов 1997: 29–64; Бодрова 1999: 35–36; Бодрова 2002). Эта массовая социальная норма будет препятствовать дальнейшему снижению рождаемости, по крайней мере в обозримом будущем, охватывающем репродуктивный период ныне живущих поколений. Показатели, достигнутые в России во второй половине 1990-х годов, — 1,2 ребенка на одну женщину условного поколения, вероятнее всего, надолго останутся минимальными для всей российской истории. Увеличение рождаемости, происходящее в последние годы, еще больше повышает уверенность в этом (Население России 2002: 33–45).

Дальнейшее поведение показателей итоговой рождаемости реальных поколений не только в России, но во всех развитых странах будет зависеть от того, в какой мере рост рождаемости у матерей старше

30 лет сможет компенсировать ее падение у молодых матерей и насколько велика будет доля женщин, так и не решившихся в течение своей жизни на рождение даже единственного ребенка¹.

Пока все предсказания в этой области сталкиваются с большим количеством неопределенностей. Сейчас еще рано с уверенностью судить о судьбе многих новаций последнего времени. В какой мере «откладывание» рождений на более поздний срок означает «откладывание» рождений навсегда? До каких возрастных пределов будет происходить откладывание рождений, и, соответственно, какие

социально-экономические факторы будут ответственны за продолжение или торможение этой тенденции? В какой мере «пожилое» материнство окажется социально приемлемым после того, как станет более очевидным баланс положительных и отрицательных последствий изменения модели формирования семьи (в том числе и биологических, связанных с регулированием плодovitости, здоровьем женщин и детей)?

Статистический анализ рождаемости реальных поколений в развитых странах показывает, что при реалистических предположениях о будущем росте рождаемости у матерей в возрасте старше 30 лет только в нескольких странах (Бельгии, Дании, Нидерландах, Франции, США) итоговая рождаемость поколений 1970-х годов рождения, достигших к сегодняшнему дню своего тридцатилетия, имеет шансы сохраниться на том же уровне, что у когорт, родившихся десятилетием раньше. Если в отношении Ирландии, Франции, США, Австралии и Новой Зеландии вопрос о том, будет ли ожидаемый уровень итоговой рождаемости женщин, находящихся сегодня в репродуктивных возрастах, обеспечивать простое замещение родительских когорт, может еще обсуждаться, то для всех остальных развитых стран с высокой вероятностью можно ожидать, что суженное воспроизводство населения будет сохраняться (Lesthaeghe 2001; Frejka, Calot 2001).

Перспективы изменения итоговой рождаемости у женских поколений в России представлены в таблице 3.46. Пессимистическая оценка, основанная на данных о текущей повозрастной рождаемости, свидетельствует о возможности сохранения тенденции снижения рождаемости в поколениях 1970-х — первой половины 1980-х годов рождения (падение может составить 0,3–0,6 ребенка в расчете на одну женщину по сравнению с фактическим уровнем, имевшимся у поколений

1

Текущая оценка доли никогда не рожавших женщин для поколений, близких сегодня к завершению своей репродуктивной биографии, доходит в некоторых странах Западной Европы до 15–20%. По нашей оценке, для России ожидаемый уровень окончательной бездетности для поколений 1970-х годов рождения будет составлять 10–15%.

1960–1961 годов). Если сохранится тенденция увеличения рождаемости в старших возрастных группах — темпами, наблюдавшимися в последние три года, то, хотя рождаемость все равно снизится, потери составят не более 0,2–0,3 ребенка и можно ожидать стабилизации числа рождений на уровне 1,5–1,6 ребенка в расчете на одну женщину, а затем и его некоторого роста. Так или иначе, сегодня нет оснований для более оптимистического сценария развития ситуации в России — поколения женщин, находящихся в репродуктивных возрастах, вряд ли имеют шанс достичь уровня итоговой рождаемости своих матерей². В то же время есть основания полагать, что рождаемость реальных поколений в России будет не слишком отличаться от средневропейского уровня.

2

Здесь представлены самые осторожные (если не самые пессимистические) оценки ожидаемого изменения итоговой рождаемости поколений в России. При этом учитывается опыт западных стран, который показывает, что если общество не имело исторического опыта (социальных норм) позднего брака и позднего начала деторождения, то, как правило, в ходе второго демографического перехода оказывается замедленным и рост рождаемости в старших возрастах, компенсирующий ее падение в возрастах молодых.

Таблица 14.5. Фактическая и прогнозируемая рождаемость реальных поколений россиянок 1960–1981 годов рождения

| Годы рождения | Возраст в 2001 году | Фактически рождено детей в среднем на одну женщину | Итоговая рождаемость при сохранении возрастных коэффициентов рождаемости на уровне 2001 года | | Итоговая рождаемость поколений при сохранении тенденции изменения возрастных коэффициентов рождаемости в 1999–2001 годах | |
|---------------|---------------------|--|--|---|--|---|
| | | | Детей в расчете на одну женщину | Дефицит по сравнению с когортой 1960–1961 годов | Детей в расчете на одну женщину | Дефицит по сравнению с когортой 1960–1961 годов |
| 1960–1961 | 40 | 1,81 | 1,81 | – | 1,81 | – |
| 1965–1966 | 35 | 1,59 | 1,64 | -0,17 | 1,65 | -0,16 |
| 1970–1971 | 30 | 1,30 | 1,52 | -0,29 | 1,57 | -0,24 |
| 1975–1976 | 25 | 0,82 | 1,37 | -0,44 | 1,52 | -0,29 |
| 1980–1981 | 20 | 0,24 | 1,25 | -0,56 | 1,55 | -0,26 |