Ю.В. Зинькина

ДОЛГОСРОЧНАЯ ДИНАМИКА РОЖДАЕМОСТИ В СТРАНАХ ТРОПИЧЕСКОЙ АФРИКИ: закономерности, тенденции и перспективы

Издательский дом ДЕЛО

УДК 314.3
ББК 60.7
З-63

Зинькина Ю. В.

З-63 Долгосрочная динамика рождаемости в странах Тропической Африки: закономерности, тенденции и перспективы: монография / Ю. В. Зинькина. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. — 274 с.

ISBN 978-5-7749-0974-2

Книга посвящена современной демографической ситуации в странах Тропической Африки. Рассматриваются причины колоссального отставания этого региона в демографическом переходе и сохранения в большинстве его стран чрезвычайно высокой (более 5 детей на женщину) рождаемости, представлены результаты авторских прогнозных расчетов численности и половозрастной структуры населения ряда стран Тропической Африки согласно различным демографическим сценариям. Также рассмотрены некоторые важнейшие аспекты влияния демографических факторов на развитие региона в последние десятилетия, а также перспектив этого влияния в среднесрочном и долгосрочном (до 2050 г.) будущем.

Для демографов и африканистов, а также для всех интересующихся настоящим и будущим Тропической Африки.

ISBN 978-5-7749-0974-2

УДК 314.3
ББК 60.7

© ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», 2015

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 6

ГЛАВА 1. ТЕОРИИ, МОДЕЛИ И ФАКТОРЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПЕРЕХОДА И ПЕРЕХОДА РОЖДАЕМОСТИ 13

1.1. Теория демографического перехода 13

1.1.1. Традиционный тип воспроизводства 16
1.1.2. Первая стадия демографического перехода. Снижение смертности 21
1.1.3. Вторая стадия демографического перехода. Снижение рождаемости 25
1.1.4. Теория причинно-следственной связи между снижением смертности и последующим снижением рождаемости 32
1.1.5. Экономическая теория рождаемости Беккера 34
1.1.6. Теория ослабления потребности в детях В. А. Борисова и А. И. Антонова 36
1.1.7. Теория внутрисемейных межпоколенных трансфертов Дж. Колдвелла 37
1.1.8. Социально-экономическая теория рождаемости Р. Истерлина: спрос на детей и предложение детей в обществе. 39
1.1.9. Диффузионная теория снижения рождаемости (Дж. Клеланд, Р. Д. Резерфорд) 40
1.1.10. Объяснительный потенциал моделей перехода рождаемости 42

1.2. Детерминанты снижения рождаемости в процессе демографического перехода 44

1.2.1. Младенческая и детская смертность 44
1.2.2. Доходы 45
1.2.3. Образование 47
1.2.4. Урбанизация 50
1.2.5. Участие женщин в рынке труда 51
1.2.6. Контрацепция 52

ГЛАВА 2. ТРОПИЧЕСКАЯ АФРИКА: ФАКТОРЫ ОТСТАВАНИЯ В ПЕРЕХОДЕ РОЖДАЕМОСТИ 57

2.1. Составляющие пронаталистской культуры в Тропической Африке 62

2.2. Взаимосвязи между составляющими африканского пронатализма: когнитивная схема и тестирование гипотезы 69
2.3. Отклонения в снижении рождаемости на второй фазе перехода в развивающихся странах 79
2.4. Анализ динамики рождаемости в странах Тропической Африки: массовое застывание рождаемости 86
2.5. Факторы массового прекращения снижения рождаемости во время второй фазы демографического перехода в развивающемся мире и в странах Тропической Африки . . . 91
2.6. Проверка влияния различных факторов на демографическую динамику стран Тропической Африки . 95
2.6.1. Динамика распространения контрацепции и потенциального спроса на контрацепцию в период массового застывания перехода рождаемости 96
2.6.2. Динамика младенческой и детской смертности в период массового застывания перехода рождаемости 100
2.6.3. Динамика распространения ВИЧ в период массового застывания перехода рождаемости 103
2.6.4. Экономическая динамика в период массового застывания перехода рождаемости 105

ГЛАВА 3. ДЕТЕРМИНАНТЫ СНИЖЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ И ИХ ПОТЕНЦИАЛ В ТРОПИЧЕСКОЙ АФРИКЕ 112

3.1. Влияние распространения массового образования на снижение рождаемости 112
3.1.1. Всеобщее начальное образование и потенциал его влияния на снижение рождаемости в Тропической Африке . . . 117
3.1.2. Распространение среднего образования и потенциал его влияния на снижение рождаемости в Тропической Африке . . . 119

3.2. Программы планирования семьи и их влияние на рождаемость: опыт развивающегося мира и перспективы применения в Африке 122
3.2.1. Потенциал программ распространения контрацепции в Тропической Африке 125
3.2.2. Эфиопия 130
3.2.3. Руанда 133

3.3. Возраст вступления в брак как важный фактор рождаемости в обществах до начала перехода рождаемости и на ранних его стадиях 137
3.3.1. Легальный возраст вступления в брак 145
3.3.2. Как обеспечить соблюдение легального возраста вступления в брак? 150

ГЛАВА 4. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РОСТА ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТРАН ТРОПИЧЕСКОЙ АФРИКИ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ СОЦИАЛЬНОГО, ЭКОНОМИЧЕСКОГО И ПОЛИТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 154

4.1. Прогнозирование динамики численности населения стран Тропической Африки: подход Отдела народонаселения ООН 156

4.1.1. Методика прогнозирования Отдела народонаселения ООН . .156

4.1.2. Прогнозы Отдела народонаселения ООН по численности населения стран Тропической Африки. 160

4.1.3. Расхождения демографических показателей для стран Тропической Африки в данных МДИ и Отдела народонаселения ООН 167

4.1.4. Прогнозирование численности населения Мозамбика: коррекция прогноза Отдела народонаселения ООН с учетом данных МДИ 175

4.1.5. Методологические ограничения применимости прогнозов Отдела народонаселения ООН к исследованию демографического будущего Тропической Африки 180

ГЛАВА 5. СЦЕНАРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ И ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ СТРАН ТРОПИЧЕСКОЙ АФРИКИ 183

5.1. Методика сценарного демографического прогнозирования 183

5.2. Прогнозы численности и возрастной структуры населения некоторых стран Тропической Африки: инерционный и оптимистический сценарии 189

5.2.1. Малави 189

5.2.2. Мозамбик 197

5.2.3. Нигер 203

5.2.4. Нигерия 206

5.2.5. Танзания 211

5.2.6. Уганда 215

5.2.7. Эфиопия 223

5.3. Моделирование влияния распространения среднего образования на сценарии демографического будущего Танзании. 226

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 237

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ. 242

Глава 1. Теории, модели и факторы демографического перехода и перехода рождаемости

1.1. Теория демографического перехода

В числе основоположников теории демографического перехода следует упомянуть таких ученых, как У. Томпсон, Ф. Ноутстайн, А. Ландри, К. Дэвис, в чьих классических трудах были описаны некоторые ключевые черты явления демографического перехода на основе опыта европейских стран (Thompson, 1929; Landry, 1934; Davis, 1945; Notestein, 1945). Демографический переход представляет собой переход от традиционного типа воспроизводства, для которого характерны высокая смертность и высокая рождаемость, к его современному типу, характеризующемуся низкой смертностью и низкой рождаемостью. В настоящее время явление демографического перехода широко изучено в демографической литературе; ему также отводится важное место в исследованиях общего модернизационного перехода социальных систем.

Выдающийся российский демограф А. Г. Вишневский дает следующие характеристики двух основных стадий демографического перехода. На первой стадии происходит радикальное снижение смертности за счет коренного изменения структуры причин смертности; таким образом, осуществляется переход от традиционного к современному типу смертности. В традиционных обществах абсолютное большинство

населения умирало «от причин, связанных с внешними условиями жизни — от голода или неправильного питания, эпидемий, инфекционных или паразитарных заболеваний, от туберкулеза, насильственной смертью и т.п.» (Вишневский, 2005: 42); двумя важнейшими характеристиками такого типа смертности А. Г. Вишневский называет ее преждевременность и устранимость. В современных обществах достигнутые в ходе модернизации улучшение обеспеченности населения продовольствием, развитие систем водоснабжения и канализации, улучшение технологий здравоохранения и расширение доступа к ним массового населения, а также распространение современных медицинских знаний позволили установить эффективный контроль над подобными видами смертности.

На второй стадии демографического перехода изменения затрагивают уровень рождаемости: если в традиционных обществах «объективной целью [демографического регулирования], отраженной в культурных нормах <…> всегда была высокая рождаемость», обусловленная высокой смертностью и служившая гарантией того, что население не вымрет (Вишневский, 2005: 111), то после значительного снижения смертности необходимым условием сохранения демографического равновесия становится снижение рождаемости. «Низкая рождаемость <…> которая в сочетании с низкой смертностью надежно обеспечивает непрерывность процесса возобновления поколений, превращается теперь в средство достижения более общей демографической цели (простого или слегка расширенного воспроизводства, а тем самым — в цель регулирования рождаемости» (Вишневский, 2005: 114). Процессы, составляющие суть второй стадии демографического перехода, не имеют устоявшегося специального обозначения в русскоязычной литературе; в англоязычных исследованиях используется устойчивый термин *fertility transition*; его буквальным переводом — «переход рождаемости» — мы и будем пользоваться в настоящей работе для удобства обозначения явления снижения рождаемости от традиционного к современному уровню в ходе второй фазы демографического перехода.

В последние годы теория демографического перехода подверглась критике в различных ее аспектах; весьма полно аргументация критиков теории изложена в статье М. А. Клупта, отмечающего, в частности, что эта теория не в состоянии объяснить

бифуркации демографического развития — то есть такие ситуации, в которых его конвергентный характер сменяется дивергентным. В числе таких бифуркаций Клупт называет различия в уровне и динамике рождаемости в развитом мире, динамику смертности в странах с переходной экономикой, различия в характере и результатах демографической политики Индии и Китая в 70-х и 80-х гг. XX в., а также, что особенно важно в контексте настоящего исследования, демографическую ситуацию в Африке южнее Сахары, а именно стагнацию и снижение продолжительности жизни в результате распространения эпидемии ВИЧ (Клупт, 2005: 139–149).

Причины этих объяснительных «провалов» теории демографического перехода, по мнению Клупта, коренятся в ее «генетической связи» с концепциями вестернизации, модернизации и постмодернизации, включающими перспективы демографического развития в более общую систему взглядов на то, в каком направлении движется современный мир. Преодолеть эти «провалы» можно лишь в рамках альтернативного теоретического представления о мировом демографическом развитии, в качестве возможной основы для которого Клупт предлагает институциональный подход (Клупт, 2005: 145–149).

Тем не менее в рамках настоящей работы мы в значительной степени опираемся именно на теорию демографического перехода (ТДП); ее применимость для поставленных нами исследовательских задач проистекает из контраргументов, представленных А. Г. Вишневским на критику теории Клуптом. Вишневский справедливо замечает, что теория демографического перехода отнюдь не обязана использоваться при анализе всех бифуркаций демографического развития, но «призвана объяснить только те из них, которые возникают в связи с «одноразовым» историческим переходом от одного типа демографического воспроизводства к другому. Это очень важный этап демографического развития, охватывающий в масштабах планеты несколько столетий и имеющий огромные последствия, но это — не все развитие, и то, что было до перехода или наступает после него, не может быть объяснено с помощью ТДП по определению» (Вишневский, 2005: 151). Именно этот переход в настоящее время осуществляют, хотя и очень медленно (об этом см. далее), страны Тропической Африки, и, безусловно, демографический переход здесь должен рассматриваться

в контексте общего модернизационного перехода (от традиционного к современному типу общественного и экономического устройства), который в этом регионе также крайне далек от завершения.

Вишневский подчеркивает: «ТДП утверждает, что все общества, становящиеся на путь модернизации, урбанизации, секуляризации и т.п. <…> неизбежно включаются и в процесс однотипных демографических изменений, которые и называются демографическим переходом», отмечая при этом, что «у каждой страны свой маршрут движения по этому пути, своя скорость и т.п.» (Вишневский, 2005: 151). Именно в этом свете теория демографического перехода в высшей степени релевантна для исследования специфики современной демографической ситуации в этом регионе, перспектив ее развития и отличительных особенностей по сравнению с другими регионами развивающегося мира и их опытом перехода от традиционного к современному режиму воспроизводства.

Однако прежде чем перейти к анализу демографической ситуации в Тропической Африке, рассмотрим основные характеристики процесса прохождения демографического перехода, выделяемые в его структуре фаз, а также некоторые факторы и механизмы, чье действие оказывалось наиболее значимым на различных этапах демографического перехода в развитых и развивающихся странах, завершивших этот переход к настоящему времени или прошедших значительную его часть.

1.1.1. Традиционный тип воспроизводства

Период господства традиционного типа воспроизводства, характеризующегося высоким уровнем и рождаемости, и смертности, во временной перспективе охватывает длительный период доиндустриальной истории человечества. Демографические характеристики обществ, имеющих традиционный тип воспроизводства, а также динамика численности населения мира и отдельных стран и регионов в период традиционного типа воспроизводства подробно изучены в ряде классических трудов выдающихся исследователей исторической демографии, таких как «Рост населения в Европе» Б. Ц. Урланиса (1941), «Демографическая революция» А. Г. Вишневского (1976), «Оценки исторической численности

населения мира» Дж. Д. Дюрана (*Historical Estimates of World Population: An Evaluation* [Durand, 1974]), «Современный рост населения» Т. Маккеона (*The Modern Rise of Population* [McKeown, 1976]), «Эссе об эволюции численности населения» Ж.-Н. Бирабена (*Essai sur l'évolution du nombre des homes* [Biraben, 1979]), «Демографический переход» Ж.-К. Шене (*The Demographic Transition: Stages, Patterns, and Economic Implications* [Chesnais, 1992]), «Краткая история населения мира» М. Ливи-Баччи (*A Concise History of World Population* [Livi-Bacci, 2012]).

Кратко упомянем значения основных демографических показателей смертности и рождаемости, типичные для традиционного режима воспроизводства. К наиболее характерным чертам такого режима следует отнести чрезвычайно высокий уровень смертности детей в возрасте до 1 года — его значения могли достигать 300 на 1000 (Chesnais, 1992: 73). Типичные значения общего коэффициента смертности, безусловно, отличались в разных обществах (и даже в разных регионах одной страны) в разные периоды развития; тем не менее представление о них можно составить, отталкиваясь от значения 35 на 1000 — именно так оценивается уровень смертности в центральной Европе в 1800-е гг. (Chesnais, 1992: 55). Общая ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), по оценкам Ж.-Н. Бирабена, автора одного из классических мировых трудов в области исторической демографии, составляла 22 года в 0 году и выросла лишь до 27 лет к 1750 г. (Biraben, 1979: 16).

Общий уровень рождаемости также значительно варьировался в разных обществах с традиционным типом воспроизводства. По оценкам Ж.-К. Шене, рождаемость в таких обществах никогда не превышала 65 на 1000; в целом значения этого показателя в разных странах до начала второй стадии демографического перехода находились в интервале от 30 до чуть более 60 на 1000. Так, уровень рождаемости во второй половине XIX в. в скандинавских странах и большинстве стран континентальной Западной Европы составлял 30–31 на 1000 (Chesnais, 1992: 102), однако этот уровень, по всей видимости, был уже заметно ниже естественного за счет повышения среднего возраста вступления в брак, а также значительной доли населения, никогда не вступавшего в брак (в англоязычной демографической литературе, в первую очередь в работах Р. Лестага, это явление получило название *nuptiality valve*) (см., например, Lesthaeghe, 1980). Для сравнения: в канадской

общине гуттеритов, характеризовавшейся практически универсальной брачностью и экстремально высокой — более 10 детей на женщину — брачной рождаемостью, общий коэффициент рождаемости составлял 45–46 на 1000. Такое же или даже еще более высокое (до 50 на 1000) значение данного показателя наблюдалось в начале века (то есть до начала второй фазы демографического перехода в этих странах) в целом ряде государств развивающегося мира, в том числе в Латинской Америке (Бразилия, Мексика, Колумбия, Аргентина, Чили), Азии (Индия, Индонезия, Таиланд[1]), Северной Африке (Египет, Тунис) (Chesnais, 1992: 102–109). Чрезвычайно высокие значения — более 60 на 1000 — были зафиксированы для отдельных областей дореволюционной России (Chesnais, 1992: 98).

В очень упрощенном виде можно охарактеризовать общества с традиционным типом воспроизводства следующим образом: высокие уровни смертности и рождаемости уравновешивают друг друга, за счет чего численность населения в таком обществе остается приблизительно стабильной или же увеличивается крайне медленными темпами. Действительно, если принять оценку численности мирового населения в 252 млн в начале нашей эры и 771 млн в начале промышленной революции в 1750 г., то среднегодовой темп прироста мирового населения на этом временном отрезке составлял всего 0,06% (Livi-Bacci, 2012: 6).

Подобное упрощение, разумеется, не вполне корректно, поскольку не учитывает циклическую компоненту демографических процессов в обществах с традиционным типом воспроизводства. Детальный анализ некоторых циклов, лежащих в их основе социально-демографических факторов и механизмов, а также природы кризисных явлений, завершавших тот или иной цикл, проводился различными исследователями, опиравшимися на материал европейской и китайской демографической истории (Кульпин, 1990; Мугрузин, 1986, 1994; Postan, 1950, 1973; Abel, 1974, 1980; Hodder, 1978; Chao, 1986; Cameron, 1989; Goldstone, 1988, 1991; Livi-Bacci, 2012). Позднее было показано, особенно С. А. Нефедовым (1999а, 1999б, 1999в, 1999г, 1999д, 2000а, 2000б, 2001а, 2001б, 2002а,

[1] Несколько более низкий уровень рождаемости наблюдался в Китае (37–40 на 1000) и Японии (33–35 на 1000); следует отметить, что для обоих государств характерна широкая распространенность женского инфантицида, вследствие которого, очевидно, довольно заметное число рожденных девочек не регистрировалось (Chesnais, 1992: 107).

2002б, 2003, 2005, 2007) и П. В. Турчиным (2007; Turchin, Nefedov, 2009 и др.), что социально-демографические циклы в той или иной мере были базовой характеристикой динамики всех сверхсложных аграрных систем (а не только исключительно китайским или средневековым европейским феноменом).

С 80-х гг. XX в. начали появляться и математические модели этих циклов, и к настоящему времени создано значительное число таких моделей (Usher, 1989; Chu, Lee, 1994; Малков, 2002, 2003, 2004, 2009; Малков, Ковалев, Малков, 2000; Малков и др., 2002; Komlos, Nefedov, 2002; С. Малков, А. Малков, 2000; Малков, Сергеев, 2002, 2004а, 2004б; Turchin, 2003b, 2005a, 2005b; Nefedov, 2004; Малков, Селунская, Сергеев, 2005; Turchin, Korotayev, 2006; Turchin, Nefedov, 2009; Турчин, 2007; Нефедов, Турчин, 2007; Коротаев, 2006 и т.д.).

Модели вековой социально-демографической динамики сложных аграрных обществ обычно строятся на основе классической популяционной модели Р. Перла (Pearl, 1926), описываемой в основе своей хорошо известным логистическим уравнением Ферхюльста (Verhulst, 1838; см. также Коротаев, Малков, Халтурина, 2007):

$$\frac{dN}{dt} = r(1 - \frac{N}{K})N,$$

где N — численность популяции; K — несущая способность земли; r — темпы роста численности популяции в условиях отсутствия ресурсных ограничений.

Классическое описание базовой логики социально-демографической динамики доиндустриальных «вековых» циклов принадлежит С. А. Нефедову:

> Каждый демографический цикл начинается с периода внутренней колонизации (или периода восстановления), для которого характерны наличие свободных земель, рост населения, рост посевных площадей, строительство новых (или восстановление разрушенных ранее) поселений, низкие цены на хлеб, дороговизна рабочей силы, относительно высокий уровень потребления, ограниченное развитие городов и ремесел, незначительное развитие аренды и ростовщичества.
>
> После исчерпания ресурсов свободных земель наступает *период сжатия*, для этой фазы характерны отсутствие свободных

земель, высокие цены на землю, крестьянское малоземелье, разорение крестьян-собственников, распространение ростовщичества и аренды, рост крупного землевладения, низкий уровень потребления основной массы населения, падение уровня реальной заработной платы, дешевизна рабочей силы, высокие цены на хлеб, частые сообщения о голоде и стихийных бедствиях, приостановка роста населения, уход разоренных крестьян в города, где они пытаются заработать на жизнь ремеслом или мелкой торговлей, рост городов, развитие ремесел и торговли, большое количество безработных и нищих, голодные бунты и восстания, активизация народных движений под лозунгами передела собственности и социальной справедливости, попытки проведения социальных реформ с целью облегчения положения народа, ирригационные работы, направленные на увеличение продуктивности земель, поощрительная политика в области колонизации и эмиграции, внешние войны с целью приобретения новых земель и понижения демографического давления.

В конечном счете, усугубляющаяся диспропорция между численностью населения и наличными продовольственными ресурсами приводит к *экосоциальному кризису*; для этого периода характерны голод, эпидемии, восстания и гражданские войны, внешние войны, гибель больших масс населения, принимающая характер демографической катастрофы, разрушение или запустение многих городов, упадок ремесла и торговли, высокие цены на хлеб, низкие цены на землю, гибель значительного числа крупных собственников и перераспределение собственности, социальные реформы, в некоторых случаях принимающие масштабы революции (Нефедов, 2003: 7).

Механизмы социально-демографических циклов теснейшим образом переплетены с механизмами мальтузианской ловушки, являвшейся в традиционных аграрных обществах основным генератором крупномасштабных внутриполитических потрясений (см., например, Коротаев и др., 2010). Здесь и далее мы будем опираться на следующее определение мальтузианской ловушки — это «типичная для доиндустриальных обществ ситуация, когда рост производства средств к существованию (в результате того, что он

сопровождается обгоняющим демографическим ростом) не сопровождается в долгосрочной перспективе ростом производства на душу населения и улучшением условий существования подавляющего большинства населения, остающегося на уровне, близком к уровню голодного выживания» (Коротаев и др., 2011: 45). Актуальность рисков, связанных с механизмами мальтузианской ловушки, для современных государств Тропической Африки, будет рассмотрена нами в последующих главах.

1.1.2. Первая стадия демографического перехода. Снижение смертности

На первой стадии демографического перехода от традиционного к современному типу воспроизводства происходит радикальное снижение смертности за счет коренного изменения структуры ее причин. А. Г. Вишневский отмечает, что смертность традиционного типа «складывалась из двух компонентов: из «нормальной» смертности, наблюдавшейся в относительно благоприятные периоды при отсутствии каких-либо пертурбационных событий, и катастрофической смертности, свойственной периодам особо неблагоприятным, годам «демографических кризисов». Катастрофические подъемы смертности были результатом раздельного или совместного действия трех губительных пертурбационных факторов: голода в неурожайные годы, эпидемий и войн» (Вишневский, 2005: 45). В XVII–XVIII вв. достигнутое в ходе модернизации улучшение обеспеченности населения продовольствием, совершенствование методов ведения сельского хозяйства, развитие систем водоснабжения и канализации позволили в ряде стран (прежде всего европейских) установить эффективный контроль над катастрофической смертностью (Вишневский, 2005: 57).

Дальнейшая модернизация экономических, социальных условий жизни, улучшение санитарно-гигиенических условий, развитие технологий здравоохранения и расширение доступа к ним массового населения привели к радикальным изменениям и в структуре причин «нормальной» смертности в некризисные годы. Так, на долю инфекционных и паразитических заболеваний и респираторного туберкулеза приходилось 50% смертности в традиционных обществах, 30% — в переходных и менее 5% — в современных, где продолжительность жизни превышает 70 лет

(Chesnais, 1992: 84; см. также Caselli, 1991; Вишневский, 2005). Именно сокращение смертности от этих причин обусловливает быстрое снижение смертности на начальных этапах первой стадии демографического перехода. Дальнейшее снижение происходит за счет борьбы со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, от раковых заболеваний и др.

Общеизвестно, что первая стадия демографического перехода началась в Западной Европе; однако установить точное время начала устойчивого снижения смертности в той или иной стране (за едва ли не единственным исключением в виде Швеции) вряд ли возможно ввиду отсутствия или низкого качества необходимых данных, а также флуктуаций уровня смертности и значительной региональной дифференциации в уровне и динамике смертности в большинстве стран. Специалистами в области исторической демографии установлено, что наиболее ранние свидетельства начала устойчивого снижения «нормальной» (в терминологии А. Г. Вишневского) смертности относятся к концу XVIII — началу XIX в. в Норвегии, Швеции, Дании и Франции. Ж.-К. Шене, отмечая неравномерность и скачкообразный характер динамики смертности, выделяет следующие этапы прохождения первой стадии демографического перехода в европейском регионе (Chesnais, 1992: 75–76):

1) вторая половина XVIII — начало XIX вв.; одним из главных факторов снижения смертности в этот период стало улучшение питания благодаря появлению новых, более урожайных видов сельскохозяйственных культур (об этом см. подробнее McKeown, 1976; Fogel, 1997, 2004; Livi-Bacci, 2012); свой вклад внесли и другие факторы, связанные с социальной модернизацией — развитие дорожной инфраструктуры, систем водоснабжения и канализации, появление новых больниц, распространение медицинского образования (врачи, акушерки) и др.; в частности, в 1796 г. Э. Дженнером была создана вакцина против скарлатины. За 100 лет, прошедшие с середины XVIII в. по середину XIX в., ОПЖ в Англии выросла с 33 до 40 лет, во Франции — с 25 до 40 лет, в Швеции — с 37 до 45, в Дании — с 35 до 44 (Livi-Bacci, 2012: 71).
2) последняя треть XIX в. — период первой медицинской революции, произошедшей благодаря работам Пастера, Коха

и т.д. по выявлению патогенов, открытию микробной природы инфекционных заболеваний и применению этого открытия в профилактической медицине и лечении инфекционных заболеваний, вносивших наибольший вклад в смертность, с применением вакцин и сывороток;

3) период Первой мировой войны и последующие годы — время поистине массового распространения и применения медицинских открытий, сделанных в предыдущем периоде, а также расширения медицинского образования; сразу после Первой мировой войны быстрое снижение смертности начинается в целом ряде стран, таких как Индия, Мексика, Корея, Турция, отчасти Китай и многие другие. В странах, где снижение смертности началось раньше, в этот период оно заметно ускоряется — в Японии ОПЖ выросла с 48 до 67 лет с 1935–1936 до 1958 г., в Мексике — с 33 до 50 лет с 1930 до 1949–1951 гг. (Chesnais, 1992: 57).

4) период Второй мировой войны и последующие годы — на это время приходятся синтез пенициллина А. Флемингом (1943 г.), разработка и массовое распространение других антибиотиков и сульфаниламидов (Chesnais, 1992: 75–76), а также массовое распространение здравоохранительных технологий и достижений медицины в развивающемся мире. В ряде стран значимую роль в снижении смертности от отдельных заболеваний сыграли массовые национальные кампании — к примеру, начатая в 1947 г. в Шри-Ланке кампания по борьбе с малярией привела к колоссальному снижению смертности в этой стране за сравнительно небольшой период времени — с 19,8 на 1000 в 1946 г. до 14 на 1000 в 1947 г. и 9,9 в 1956–1958 гг. (Chesnais, 1992: 80). Снижение смертности и рост ожидаемой продолжительности жизни в развивающемся мире в этот период происходили значительно быстрее, чем в западноевропейских странах, составивших авангард демографического перехода — если в 1950 г. ОПЖ в развивающихся странах составляла в среднем около 41–42 лет, то к 2010 г. она увеличилась до 67–68 лет (UN Population Division, 2014). Необходимо отметить следующий факт, на который обращает внимание Сэмюел Престон в своих классических трудах: рост ОПЖ в развивающихся странах в 1940–1970 гг. был на 50–80% обусловлен

распространением медицинских и здравоохранительных технологий, и лишь примерно на 15–25% — улучшениями в уровне питания, уровне доходов и иных показателей уровня жизни населения (Preston, 1975, 1980).

Следует отметить, что с 1820–1830 гг. во многих странах Северо-Западной и Центральной Европы снижение смертности практически прекратилось, и смертность оставалась стабильной примерно до 1870 г. (в отличие от скандинавских стран, где смертность в течение этих десятилетий продолжала снижаться). Замедление и/или прекращение снижения смертности было в значительной степени связано с интенсивной урбанизацией и промышленной революцией (низкое качество условий жизни и труда, высокая плотность населения способствовали смертности как от инфекционных заболеваний, так и от внешних причин). К примеру, в Англии, находившейся в авангарде промышленной революции, снижение смертности (начавшееся сравнительно рано по европейским меркам) прекратилось почти на 50 лет, и возобновилось лишь в последней трети XIX в. благодаря целенаправленным усилиям государства и общества по улучшению жилищных условий, условий труда, налаживанию в городах систем водоснабжения и канализации, организации карантинов и т.д. (Wrigley, Schofield, 1981; Caselli, 1991).

Повышение ОПЖ и снижение смертности наблюдалось для всех возрастных групп, однако было наиболее значительным для детского населения: так, риск смерти в возрастной группе 5–10 лет снизился на 85% к 1913 г. по сравнению с уровнем 1740–1749 гг., в возрастной группе 10–15 лет — на 75%, в возрастной группе 0–5 лет — на 66%, наконец, в возрасте 20–55 лет — примерно наполовину (Vallin, 1991: 54).

Многие специалисты в области исторической демографии отмечают, что скорость прохождения странами первой стадии демографического перехода неуклонно повышалась. Если в 1750–1850 гг. в Англии, Франции и Швеции ежегодные темпы увеличения ОПЖ составляли менее одного месяца, то в период 1850–1880 гг. в этих странах, а также в Нидерландах и США, ОПЖ увеличивалась в среднем на два месяца ежегодно; а в 1900–1930 гг. — на 5,2 месяца (Livi-Bacci, 2012: 123–124). Скандинавским странам, «стартовавшим» раньше других европейских государств, потребовалось

75 лет для снижения младенческой смертности со 150 до менее чем 50 на 1000, а странам Восточной Европы, вступившим в первую стадию демографического перехода заметно позже, равно как и многим развивающимся странам, понадобилось лишь 20–25 лет для достижения аналогичного результата (Chesnais, 1992: 77).

Необходимо отметить также, что, в первую очередь, благодаря распространению эффективных медицинских и здравоохранительных препаратов, практик и технологий общество с определенным уровнем дохода в настоящее время будет иметь заметно более высокую ОПЖ, нежели в прошлом. К примеру, в 2000 г. Китай имел уровень дохода, сопоставимый с таковым в США в 1880-е гг., но при этом его ОПЖ практически равнялась таковой в США в 1970 г. — около 72 лет (Cutler, Deaton, Lleras-Muney, 2006: 10).

1.1.3. Вторая стадия демографического перехода. Снижение рождаемости

Начало снижения рождаемости (на фоне продолжающегося снижения смертности) знаменует собой вступление демографического перехода во вторую стадию. По замечанию А. Г. Вишневского, «ускорившийся рост населения и становившаяся массовой реальная многодетность семей <…> сделали необходимым снижение рождаемости. <…> изменение цели демографического регулирования в области рождаемости потребовало изменения методов такого регулирования» (Вишневский, 2005: 115). Наиболее заметную роль в снижении рождаемости играют изменения в брачном поведении (в первую очередь, вступление женщин в брак в более старшем возрасте), а также в репродуктивном поведении (появление и широкое распространение эффективных средств ограничения рождаемости) (Вишневский, 2005: 114–137).

Эмпирическим индикатором начала необратимого снижения рождаемости является ее снижение на 10% относительно предыдущего стабильного уровня (Livi-Bacci, 2012: 128). Первые признаки устойчивого снижения рождаемости зафиксированы в Западной Европе в середине XVIII в.: в авангарде оказалась, прежде всего, Франция; спустя столетие, в 1875–1880 гг., рождаемость начала снижаться в целом ряде стран — Швеция, Норвегия, Англия, Уэльс, Нидерланды, Бельгия, Финляндия, затем в Центральной Европе — Германия, Австрия, Чехия, Швейцария, а также среди

англоговорящего населения Австралии и Новой Зеландии; около 1900 г. — в Польше и России, в 1920-е гг. — повсеместно в Юго-Восточной и Юго-Западной Европе (Болгария, Греция, Румыния, Югославия, Португалия) (Chesnais, 1992: 112–113).

В качестве важнейшего социального ограничителя рождаемости в Западной Европе выступал специфический западноевропейский тип брачности, характеризовавшийся заключением браков в более старших возрастах и высокой долей лиц, никогда не вступавших в брак (см., например, Hajnal, 1965; Lesthaeghe, 1980, Watkins, 1981, Coale, Watkins, 1986). Например, в 1900 г. в Западной Европе 75% женщин в возрасте 20–24 лет были не замужем; для сравнения: аналогичное значение для Восточной Европы составляло лишь 25%; доля лиц, никогда не вступавших в брак, находилась на уровне 10–20% в различных западноевропейских странах против 5% в восточноевропейских; средний возраст вступления в брак составлял 26–27 лет в Западной Европе против 21–22 лет[1] в Восточной (Chesnais, 1992: 100–101). Показано, что при отсутствии добровольного контроля над рождаемостью повышение возраста вступления в брак с 18 до 23 лет снижает рождаемость примерно на 1,5–2 ребенка на женщину (Livi-Bacci, 2012: 175).

Что касается развивающегося мира, здесь первые признаки устойчивого снижения рождаемости отмечаются в конце XIX — начале XX в., в первую очередь в латиноамериканских странах со значительным европейским населением, таких как Аргентина, Уругвай, немного позднее Чили. Однако массовое снижение рождаемости в развивающемся мире началось заметно позже, в 60–70-х гг. — в Латинской Америке (Коста-Рика, Панама, Доминикана, Бразилия, Колумбия, Венесуэла), Азии (Индия, Таиланд, Филиппины, Северная Корея, Китай), Северной Африке (Египет, Тунис) (Chesnais, 1992: 113–114). При этом следует отметить, что стартовый уровень рождаемости (до начала второй фазы демографического перехода) в развивающихся странах составлял более 6 детей на женщину, заметно превышая таковой в Западной Европе (менее 5 детей на женщину) (Livi-Bacci, 2012: 174).

---

[1] Следует отметить, что такие значения среднего возраста вступления в брак — ниже, чем в Западной Европе, но при этом заметно выше, чем в государствах, где полностью отсутствовали социальные нормы, поощряющие откладывание вступления в брак — свидетельствуют о переходном типе брачности в странах Восточной Европы.

Если в европейских странах снижению рождаемости в значительной степени способствовали социальные нормы, ограничивавшие брачность, то в развивающемся мире быстрое прохождение второй фазы демографического перехода было связано в первую очередь с распространением современных средств контрацепции. Фундаментальное исследование ведущих мировых демографов Дж. Бонгаартса и С. Синдинга показало, что 43% снижения рождаемости в развивающемся мире в период с начала 60-х гг. до конца 80-х гг. было обусловлено распространением средств контрацепции (Bongaarts, Sinding, 2009). Первой страной, принявшей национальную программу в области народонаселения, направленную в том числе на снижение рождаемости и темпов роста населения, была Индия (1951 г.); к 1976 г. подобные программы действовали в 40 странах мира, а к 1996 г. — в 80 странах (Tsui, 2001). Однако при этом в 70–80-х гг. в международных научных и научно-практических кругах велась бурная дискуссия относительно соотношения ролей всестороннего социально-экономического развития и программ распространения контрацепции в снижении рождаемости и темпов роста населения (подробнее см. ниже, а также в главе 3).

К настоящему времени очевидно, что оба фактора — и глубинные социально-экономические преобразования, и специальные программы по снижения темпов роста населения — сыграли колоссальную роль в том, что в целом за четыре десятилетия, прошедшие с начала 60-х гг. до конца XX в., суммарный коэффициент рождаемости (СКР) в большинстве регионов развивающегося мира снизился с традиционного значения более 6 детей на женщину до менее 3 (UN Population Division, 2014). Наиболее масштабное снижение рождаемости в этот период имело место в Азии (на 52%) и Латинской Америке (на 55%); менее всего рождаемость снизилась в Африке южнее Сахары — лишь на 15% по сравнению с уровнем начала 1960-х гг. (UN, 2001; Bongaarts, 2002).

Краткая характеристика современной демографической ситуации в различных регионах мира может быть изложена следующим образом.

Многие развитые государства, давно завершившие демографический переход и вступившие в режим современного типа воспроизводства, столкнулись в последние 20 лет с проблемой падения рождаемости значительно ниже уровня, необходимого

для обеспечения простого воспроизводства населения — так называемый феномен сверхнизкой рождаемости (*lowest-low fertility*), отчасти связанный с повышением среднего возраста матери при рождении детей. Это явление привлекло внимание значительного числа исследователей в первой половине 2000-х гг., породив бурные дискуссии в научном сообществе относительно факторов, обусловивших падение рождаемости в некоторых странах мира до сверхнизкого уровня (менее 1,3 ребенка на женщину) и временного/постоянного характера данного феномена (Kohler, Billari, Ortega, 2002; Goldstein, Lutz, Testa, 2003; Billari, Kohler, 2004; Sobotka, 2004; Lutz, Skirbekk, Testa, 2006; Morgan and Taylor, 2006).

Однако на протяжении 2000-х гг., особенно их второй половины, суммарный коэффициент рождаемости в большинстве стран, переживших период сверхнизкой рождаемости, демонстрировал устойчивый рост; впервые это было показано в фундаментальной работе Дж. Голдстейна, Т. Соботки и А. Ясилиониене (Goldstein, Sobotka and Jasilioniene, 2009). В настоящее время европейскими демографами активно исследуется вопрос о механизмах наблюдавшегося повышения рождаемости, а также о роли в нем тех или иных целенаправленных мер государственной политики различных стран (Myrskyla, Kohler, Billari, 2009; van Bavel and Różańska-Putek, 2010; Sobotka, 2011; Thévenon, Gauthier, 2011; Luci-Greulich, Thévenon, 2013, 2014; Harknett, Billari and Medalia, 2014).

Что касается развивающегося мира, здесь наблюдается бо́льшая вариативность: в некоторых странах (в особенности в Китае и ряде других государств Восточной Азии) рождаемость опустилась заметно ниже уровня простого воспроизводства; в других государствах (например, в арабском мире) рождаемость в течение уже довольно долгого времени остается на уровне примерно 3 детей на женщину. Однако необходимо отметить, что все его регионы, за исключением Тропической (Западной, Центральной и Восточной) Африки, в настоящее время находятся в диапазоне примерно 1,5–3,0 ребенка на женщину (табл. 1.1).

Из табл. 1.1 очевидно дихотомическое разделение развивающегося мира по современному уровню рождаемости на страны Тропической Африки, где СКР до сих пор превышает уровень 5 детей на женщину, и остальные регионы, где СКР находится в диапазоне 1,5–3 детей на женщину. Подобный резкий разрыв обусловлен колоссальным отставанием Тропической Африки в переходе рож-

Таблица 1.1. Суммарный коэффициент рождаемости в регионах развивающегося мира (начало 1960-х годов и вторая половина 2000-х годов)

Регион	Значение СКР в начале 1960-х гг.	Значение СКР во второй половине 2000-х гг.
Африка		
Восточная Африка	7,07	5,38
Центральная Африка	6,19	6,17
Северная Африка	6,91	3,07
Южная Африка	6,12	2,64
Западная Африка	6,52	5,73
Азия		
Восточная Азия	5,45	1,61
Центральная Азия	5,62	2,67
Южная Азия	6,02	2,72
Юго-Восточная Азия	6,08	2,35
Западная Азия	6,06	2,92
Латинская Америка и страны Карибского бассейна		
Страны Карибского бассейна	5,48	2,37
Центральная Америка	6,76	2,56
Южная Америка	5,74	2,18

Источник: UN Population Division, 2014.

даемости. Для понимания причин этого отставания рассмотрим основные существующие в демографической науке теории, модели и детерминанты перехода рождаемости и проанализируем их применимость к Тропической Африке.

Теории и модели снижения рождаемости в ходе второй фазы демографического перехода

К настоящему моменту в демографической науке накоплен колоссальный объем знаний о различных факторах, влияющих на уровень и динамику рождаемости. Принципиально важно различать непосредственные детерминанты рождаемости, с одной стороны, и социальные, экономические, культурные, психологические, институциональные и другие факторы, чье влияние на рождаемость проявляется опосредованно (через воздействие

на непосредственные детерминанты) — с другой. Впервые такое формальное разграничение было представлено К. Дэвисом и Дж. Блейк (Davis, Blake, 1956) и получило существенное развитие в работах Дж. Бонгаартса (Bongaarts, 1978; Bongaarts, Frank, Lesthaeghe, 1984), предложившего простую, эмпирически операционализируемую модель, включавшую 8 непосредственных детерминант рождаемости:

Факторы подверженности риску зачатия

– доля замужних женщин (в последующих работах дефиниция этого фактора была скорректирована — как явствует из определения, данного этому фактору самим Дж. Бонгаартсом, речь здесь идет не столько о доле замужних женщин, сколько о доле женщин, ведущих регулярную половую жизнь)

Факторы целенаправленного контроля над брачной рождаемостью

– использование контрацепции
– совершение абортов

Факторы, влияющие на естественный уровень брачной рождаемости

– неспособность к зачатию в период лактации
– частота половых контактов
– бесплодие (природное или патологическое)
– спонтанная внутриутробная смертность
– длительность фертильного периода (Bongaarts, 1978).

Позднее модель была несколько модифицирована Бонгаартсом для учета специфики региона Тропической Африки; перечень непосредственных детерминант рождаемости был определен следующим образом:

– *Доля женщин, состоящих в браке или имеющих партнера* — эта переменная определяет, насколько женское население репродуктивного возраста подвержено риску зачатия.
– *Частота половых контактов* — частое или длительное разделение супругов (партнеров) снижает вероятность зачатия.
– *Послеродовое воздержание* — воздержание от половых контактов в течение длительного периода после рождения ребенка

(как правило, в течение периода грудного вскармливания), распространенная практика во многих африканских обществах.

- *Лактационная аменорея* — временная утрата женщиной способности к зачатию после родов (до восстановления нормального менструального цикла); при грудном вскармливании период послеродовой аменореи значительно удлиняется и в значительной степени определяется продолжительностью грудного вскармливания.
- *Контрацепция* — любая практика, применяемая специально с целью снижения риска зачатия, если ее конечной целью является ограничение числа рождений. В этом свете послеродовое воздержание не является контрацептивной практикой, поскольку направлено в первую очередь на защиту здоровья матери и новорожденного ребенка, а не регулирование числа рождений.
- *Искусственный аборт*.
- *Спонтанная внутриутробная смертность*.
- *Естественное бесплодие* — в начале репродуктивного периода лишь небольшая доля женщин является бесплодными от природы; однако с возрастом эта доля возрастает и к концу репродуктивного периода достигает 100%.
- *Патологическое бесплодие* — обусловленное рядом заболеваний; разделяется на первичное (наступившее до рождения хотя бы одного ребенка) и вторичное (наступившее после рождения одного или нескольких детей) (Bongaarts, Frank, Lesthaeghe, 1984: 516–517).

Что касается социальных, экономических, культурных и иных опосредованных детерминант рождаемости, то следует отметить, что существующие к настоящему времени в демографической литературе модели, описывающие влияние таковых на снижение рождаемости в процессе демографического перехода, значительно более многочисленны и разнообразны.

Обзоры наиболее распространенных теорий перехода рождаемости представлены в работах Дж. Брайанта, К. Мэйсон, Ч. Хиршмана (Bryant, 2007; Mason, 1997; Hirschman, 1994). Брайант, к примеру, разделяет теории на две группы. Первая группа сосредоточена вокруг социально-экономических изменений,

происходящих в процессе развития и мотивирующих семьи ограничивать число рождений. Вторая группа теорий (куда Брайант относит диффузионистскую и инновационную теории и их различные вариации) фокусируется на появлении и распространении новых представлений о желаемой рождаемости и идеальном размере семьи, распространении информации о способах контроля над рождаемостью и желания их использовать.

Ниже приведено краткое описание некоторых моделей, получивших наиболее широкую известность.

1.1.4. Теория причинно-следственной связи между снижением смертности и последующим снижением рождаемости

Одним из основных элементов теории демографического перехода является тезис о наличии фундаментальной причинно-следственной связи между снижением рождаемости и предшествующим ему снижением смертности. Однако отнюдь не следует делать из этого вывод, что теория демографического прехода предполагает автоматический запуск снижения рождаемости после снижения смертности — подобный тезис некорректен. Наиболее распространенное объяснение данной связи, к которому апеллировали в своих трудах многие выдающиеся демографы (см., например, классические работы С. Скримшоу [Scrimshaw, 1978] и С. Престона [Preston, 1978]), выглядит следующим образом: предполагается, что в своем репродуктивном поведении семья ориентируется не на желаемое число рождений, а на желаемое число взрослых детей (то есть детей, которые доживут до репродуктивного возраста). В традиционном обществе, в условиях чрезвычайно высокой младенческой и детской смертности, значительный риск того, что заметная часть рожденных детей не доживет до взрослого возраста, мотивирует семьи заводить более желаемого числа детей (или же в целом иметь максимально много детей) в качестве своего рода страховки, повышающей шансы на дальнейшее воспроизводство рода (хотя бы кто-то из детей доживет до репродуктивного возраста и оставит свое потомство). По мере падения детской смертности в ходе первой фазы демографического перехода необходимость в подобной «страховке» отпадает (Nerlove, 1974; Taylor, Newman, Kelly,