

## Гендерная демография

Л.Г. Степанова (кафедра социальной и семейной психологии БГПУ)

*От автора: Психологические проблемы современной семьи: материалы 4-ой Междунар. науч. конф., Москва, 21–23 окт. 2009 г. / Москов. гос. ун-т; под ред. Е.И. Захаровой, О.А. Карabanовой. – М., 2009. - С. 694–697*



Изучение различий между полами осуществляется в рамках двух альтернативных парадигм: социобиологической и социокультурной. В рамках социобиологической модели половая дифференциация — универсальный биологический процесс, который культура только оформляет и осмысливает. Согласно социокультурной модели, половая дифференциация является результатом социализации и влияния культуры в направлении освоения конкретных социальных ролей. В рамках этой модели было доказано, что многие из существующих особенностей личности мужчин и женщин поддаются изменению в ходе обучения, при перемене жизненного уклада и социальных ожиданий. Самые последние тенденции изучения проблем половой дифференциации связаны с развитием социально-конструктивистского подхода, который основное внимание уделяет не измерению и описанию гендерных различий, а анализу процесса их конструирования. Другими словами, гендерные различия изучаются не как продукт и результат, а как процесс.

Когда мы находим отличия, мы зачастую склонны приписывать их фундаментальной биологической разнице между полами. Однако при ближайшем рассмотрении становится ясно, что эти отличия возникают из-за нашего личного опыта и из-за разницы в требованиях, предъявляемых социумом к мужской и женской гендерной роли.

Для того, что бы лучше понять различия и сходства между мужчинами и женщинами по ряду психологических явлений, нужно рассмотреть различия и сходства в здоровье, болезнях, продолжительности жизни, а также рождаемость и смертность.

В связи с этим возникает следующий вопрос — кто дольше живет: мужчины

или женщины и что влияет на продолжительность жизни? Средняя продолжительность жизни женщин значительно превышает продолжительность жизни мужчин — 74,3 и 64,6 лет соответственно. Наиболее высокой продолжительностью жизни была в 1964 – 1969 гг. — 72,9 лет. В 90-е годы происходило снижение ее уровня: в 2006 г. она составила 69,40 года. Обобщенным показателем общественного здоровья является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении (ОПШЖР). В Республике Беларусь, по сравнению с развитыми странами, этот показатель ниже у мужчин на 12 – 14 лет, а у женщин — на 5 – 6 лет. ОПШЖР для женщин снизилась с 77,2 (1984 – 1985 гг.) до 75,49 лет, для мужчин — с 68,9 (1964 – 1965 гг.) до 63,56 лет. Подсчитано, что к 2010 г. ожидаемая продолжительность жизни мужчин снизится до 64 лет, женщин — до 74 лет, т.е. разница в 10 лет останется, хотя доказано, что она должна составлять всего 2,1 года за счет биологических факторов, а реальные потери у мужчин — за счет образа жизни.

Для сегодняшней Беларуси актуальной тенденцией стало превышение смертности над рождаемостью. В течение последних пяти лет возрастала также материнская смертность. В течение 1990 – 2002 гг. показатель материнской смертности варьировался от 13,5 (1995 г.) до 24,2 (2000 г.) на 100 тыс. родившихся живыми, в 2006 г. он составил 11,4 (2005 г. — 15,5). Пока еще этот показатель в Беларуси значительно выше, чем в экономически развитых странах Европы, где он составляет не более 10 на 100 тыс. новорожденных.

Несмотря на то, что зачатий мальчиков происходит больше, чем зачатий девочек, намного больше эмбрионов мужского пола по сравнению с женским полом погибают еще до рождения. Девочки переживают меньшие трудности во время самого процесса рождения и, следовательно, имеют меньше врожденных дефектов. Исследования подтверждают более высокую жизнеспособность женского пола и после рождения. У девочек меньше врожденных заболеваний, для них менее вероятны случаи смерти, вызванные синдромом внезапной смерти (SIDS – смерть во сне внешне здоровых детей, у которых останавливается дыхание по непонятным с медицинской точки зрения причинам).

На продолжительность жизни мужчин в значительной степени повлияло постоянное возрастание потребления спиртных напитков (уровень потребления алкогольных напитков за последние 5 лет возрос от 8,8 до 10,3 л в пересчете на абсолютный алкоголь на одного человека в возрасте двадцати лет и старше), а также возросшая нестабильность жизни: большое количество стрессов, ведущих к тяжелым заболеваниям. С 1995 по 2006 г. контингент больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом увеличился на 56,5 % (с 1187,4 до 1858,9 на 100 тыс. населения). В то же время в последнее время возросло количество женщин, страдающих алкоголизмом и

наркотической зависимостью. За 5 лет численность женщин, состоящих на учете в Минском наркологическом диспансере, возросла с 3,025 до 4,018 тыс., а количество женщин, вовлеченных в незаконный оборот наркотиков, — за последний год в 2 раза. Из числа больных алкоголизмом 14,4 % составляют женщины. Ежегодно увеличивается уровень смертности, обусловленной потреблением алкоголя: с 1990 г. этот показатель возрос почти в 2,6 раза. В 2006 г. было зарегистрировано 2 932 случаев смерти в состоянии алкогольного опьянения — 30,1 на 100 тыс. населения, из них 17 % приходится на мужское население.

Существует статистика «мужских» и «женских» заболеваний. У мужчин это, к примеру, дальтонизм и гемофилия (нарушение свертываемости крови), а у женщин — униполярная депрессия. У женщин астма во все времена наблюдалась чаще, чем у мужчин. Болезнь Альцгеймера поражает в 2 – 3 раза больше женщин, чем мужчин. Ею страдают около 70 % женщин в возрасте старше 80 лет. 70 % пациентов, страдающих мигренями, — женщины. Депрессивные расстройства случаются у женщин почти в два раза чаще, чем у мужчин (12 % и 6,6 % соответственно).

Депрессия повышает риск суицидальных попыток. Несмотря на то, что мужчины в четыре раза чаще, чем женщины, погибают в результате суицида, женщины предпринимают в 2 – 3 раза больше попыток покончить с собой. Так, в Беларуси уровень суицидов среди женщин значительно ниже, чем у мужчин: соотношение уровней в 2002 г. — 6:1. В 2002 г. максимальные уровни суицидов в мужской популяции отмечены в возрастном диапазоне 50 – 59 лет: 99 на 100 000 данной подгруппы. Уровень суицидов среди женщин плавно поднимается до максимальных значений в возрасте старше 70 лет (17,6 / 100 000) [1]. Алкогольное опьянение (определяемое по содержанию алкоголя в биологических жидкостях) сопровождало 59 % суицидов мужчин и 25 % — женщин [2].

Значительное преобладание уровня мужских суицидов над женскими отражает хорошо известную закономерность: среднемировой коэффициент соотношения «мужских» уровней к «женским» в 1995 г. составил 3,6:1 и в 2020 г. составит 3,9:1 [3]. Шестикратное и более преобладание «мужских» уровней характерно для многих государств: Латвия, Новая Зеландия, Швейцария, Австралия, Великобритания и др. В мире существует только 1 страна — Китай, где уровни суицидов среди женщин постоянно выше (примерно в 2 раза), чем среди мужчин [4]. Если последнее явление, по видимому, связано с местными культуральными и социально-экономическими особенностями и требует специальных исследований, то первое (значительное преобладание «мужских» суицидов) имеет частичное объяснение. Так же, как и смерть от ишемической болезни сердца, убийств, несчастных случаев, передозировки алкоголя и наркотиков, суицид является

феноменом, присущим мужчинам в большей степени, чем женщинам.

С точки зрения гендерной психологии, это явление во многом связано с различными общественными ожиданиями от мужской и женской социальных ролей. Ключевыми для данного вопроса факторами являются различия в способах эмоциональной экспрессии и поведении, направленном на поиск помощи. По-видимому, именно благодаря требованиям социума (и в меньшей степени в связи с биологическими различиями) мужчина приучается не выражать негативные эмоции («мальчики не плачут»), а, зачастую, и не осознавать их (алекситимия), так как это не отвечает принятому в обществе стереотипу маскулинности. То же относится к поиску помощи в состоянии кризиса. Демонстрировать свою депрессию так же как и искать помощи у специалиста (или близких людей) равносильно признанию своей слабости и, соответственно, социальной неуспешности. Для социального стереотипа феминности в значительно большей степени приемлемо более открытое выражение эмоций и активный поиск помощи. Вероятно, это во многом связано с парадоксальным феноменом в 2 раза большей распространенности диагноза депрессии в женской популяции при значительно меньшем, чем у мужчин, уровне суицидов. Активным же поиском помощи можно объяснить и то, что суицидальные попытки (мотивом которых часто и является «крик о помощи») чаще регистрируются в женской популяции.

Для статистической характеристики здоровья населения существенное значение имеют данные численности и составе населения. Распространено мнение, что женщин в целом больше, чем мужчин.

В 2005 году численность женщин в мировом населении достигла 3 209 миллионов, из которых 622 миллиона (19,4 %) проживают в более развитых странах (согласно классификации ООН, к ним относятся все страны Европы и Северной Америки, Австралия, Новая Зеландия и Япония.), а 2 587 миллионов (80,6 %) — в менее развитых, включая 633 миллиона (19,7 %) женщин, проживающих в Китае. В Африке сосредоточено 13,9 % общей численности женщин мира (446 миллионов), в Северной Америке — 5,3 % (169 миллионов), в Латинской Америке и странах Карибского бассейна — 8,8 % (282 миллиона), в Европе — 11,7 % (375 миллионов), в Океании — 0,5 % (16 миллионов), а остальные 59,8 % (1 920 миллионов) — в Азии.

В большинстве стран женщины по своей численности превосходят мужчин, но примерно в трети стран, в основном азиатских, напротив, больше численность мужчин. Небольшой перевес численности мужского населения над женским наблюдается также в ряде стран Африки, Центральной и Южной Америки, Океании. Число женщин на 100 мужчин варьирует по странам мира от 47 в Объединенных Арабских Эмиратах и 48 в Кувейте до 118 в Эстонии и на Украине и 119 в Латвии. Диспропорция населения

Беларуси по половому признаку не очень существенна: в 2007 г. 47 % населения составляли мужчины, 53 % — женщины.

Поскольку женщины обычно живут дольше мужчин, численное соотношение между женщинами и мужчинами с возрастом увеличивается. Женщины старшего возраста численностью значительно превышают мужчин этого возраста в большинстве стран мира. К возрасту, когда женщинам исполняется 85 лет и больше, на 220 женщин приходится 100 мужчин. Для объяснения причин существования различий по половому признаку в вопросах долголетия были выдвинуты на рассмотрение факторы влияния со стороны окружения и факторы биологического характера. Например, гормональные и генетические факторы повышают сопротивляемость женщин определенным болезням, включая сердечно-сосудистые заболевания. Другим существенным аспектом является то, что женщины чаще обращаются за помощью в медицинские учреждения.

Подобное соотношение мужчин и женщин в зависимости от возрастной группы характерно и для Беларуси. Так, в соответствии с данными на 1 января 2008 г., в возрасте до 30 лет у нас теперь преобладают лица мужского пола: на 100 женщин — 103 мужчины. В возрасте 30 — 39 лет численность мужчин равна численности женщин. Но в возрасте 50 — 59 лет на 100 женщин уже приходится 79 мужчин, в возрасте 60 — 69 лет — 53; в возрасте 70 — 79 лет — 43, а в возрасте 80 лет и старше — лишь 33,0.

Таким образом, 670 тыс. недостающих мужчин приходится на возраст старше 50 лет, что обусловлено, прежде всего, разницей в продолжительности жизни мужчин и женщин и образом жизни. В фертильном же возрасте для каждой женщины есть пара, а в брачном — даже дефицит невест.

#### Литература

1. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2003 / Минстат Республики Беларусь. Минск, 2003.
2. Клинико-эпидемиологическое исследование суицидального поведения среди жителей г. Минска: Методические рекомендации / В.Б. Позняк, А.П. Голда, Е.В. Ласый и др. Минск: БГМУ, 2001.
3. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. 2002. Vol. 1, № 3.
4. Phillips M.R., Li X., Zhang Y. Suicide rates in China, 1995-99. // Lancet. 2002. Vol. 359.