



DOI: 10.22363/2313-2272-2024-24-4-992-1012

EDN: PZRMGK

Взросление детей с разным уровнем здоровья: социологический анализ событийности*

С.Н. Майорова-Щеглова¹, О.В. Бессчетнова^{2,3}, А.Ю. Губанова⁴

¹Московский государственный психолого-педагогический университет,
ул. Сретенка, 29, Москва, 127051, Россия

²Государственный университет управления,
Рязанский просп., 99, Москва, 109542, Россия

³Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова,
ул. Островитянова, 1, Москва, 117513, Россия

⁴Российское общество социологов,
ул. Кржижановского, 24/35, к. 5, Москва, 117218, Россия

(e-mail: sheglova-s@yandex.ru; besschetnovaov@mgupp.ru; alexandra.gubanova@gmail.com)

Аннотация. Актуальность статьи обусловлена требованиями научного осмысления и интерпретации особенностей взросления социально ювенальных групп с разным уровнем здоровья. Современные тенденции распространения идей универсального дизайна социальной инклюзии и постепенной смены медицинской модели на социальную в решении проблем лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) стимулировали изучение влияния уровня здоровья на социализацию российских детей и подростков. Оригинальность авторского подхода состоит в том, что, в отличие от большинства проектов, исследование ориентируется на субъектность ребенка, изучаются мнения представителей ювенальной группы о детстве и здоровье. Цель статьи — выявление специфики детских событийных траекторий у лиц с нарушениями здоровья и без них. Были проанализированы данные опроса молодежи о детстве и произведен поиск ответов на следующие исследовательские вопросы: зависимость доли имеющих проблемы со здоровьем в детстве от социально-демографических характеристик; ограничения в прохождении некоторых эпизодов стандартной событийности респондентами с ОВЗ в конкретный период детства; различия в возрасте проживания знаковых личностных событий; влияние фактора здоровья на самоопределение в этот период жизни и его характеристику как счастливого. В исследовании использовался биографически-событийный анализ с уточнением возможностей и ограничений онлайн-опроса респондентов 17–23 лет, проведенного в 2023 году в 8 федеральных округах (N=1210). Сравнительный анализ двух групп показал отличия ситуаций по ряду параметров, что доказывает ограничения или особенности детства респондентов с ОВЗ: более раннее субъективное ощущение окончания детства; интенсивная выработка навыков самообслуживания, успешность медицинской социализации; освоение практик эмпатии, взаимопомощи и ответственности. Дети с ОВЗ не отстают от здо-

*© Майорова-Щеглова С.Н., Бессчетнова О.В., Губанова А.Ю., 2024

Статья поступила в редакцию 23.07.2024. Статья принята к публикации 15.11.2024.

ровых сверстников в интернет-практиках и даже демонстрируют развитие дополнительных навыков и компетенций (например, чаще имеют интернет-друзей). В то же время подтверждается тезис о запаздывании у детей с ОВЗ самостоятельного освоения географических, образовательных и культурных пространств. Неравномерный опыт освоения событий детства в процессе взросления влияет на социальную компетентность и, вероятно, этим можно объяснить более низкую самооценку благополучия в период детства.

Ключевые слова: дети; взросление; молодежь; здоровье; события детства; дети с ограниченными возможностями здоровья; социальная субъектность

Процесс взросления — важный этап жизненного пути и объект изучения в психологии, социологии, культурологии, антропологии и целом ряде других наук, каждая из которых рассматривает его со своих позиций, используя собственные методы сбора и анализа эмпирических данных. До сих пор в социологии нет единого понимания, что является доминирующим в этом процессе. По мнению Б. Колера, взросление связано с историческими событиями, временем и местом, а не с биографией [27; 29]. Если взросление рассматривается как интерпретативное и активное взаимодействие с доминирующими, коллективно разделяемыми нарративами взрослости, то оно ассоциируется с нормативными ролями и ожиданиями, которые создают определенные формы воспроизводства моделей жизни и неравенства [29]. В других случаях подчеркивается, что взросление превращает индивида в социального актора, способного сформировать устойчивый способ интерпретации окружающих событий и принятия решений [16]. Исходя из этой позиции, взросление определяют через сочетание микро- (личные возможности, навыки, выборы) и макро- (политические, социокультурные, структурные) факторы, которые непосредственным образом оказывают влияние на жизненный путь индивида, поколения или когорты.

Особенности взросления социально ювенальных групп с разным уровнем здоровья требуют дополнительного научного осмысления в связи со сменой парадигм в обществе — распространением идеи и универсального дизайна социальной инклюзии, постепенной сменой медицинской модели на социальную в решении проблем лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее — ОВЗ), преодолением стереотипов мышления и стигматизации, порождая вопросы о влиянии здоровья на социализационные процессы детей и подростков. Доказательный подход требует совмещения в эмпирических исследованиях социокультурной теории нетипичности (Е.Р. Ярская-Смирнова [24]), теории стигматизации (Г. Беккер, И. Гофман [26; 28]), теории дискриминируемого меньшинства (М. Оливер, Т. Шекспир [36; 37]) и теории девальвации (В. Вольфенсбергер [39]). Особое значение обретает и изучение влияния урбанизма и доступности городской среды на вхождение ювенальных групп с инвалидностью и ОВЗ в социум (Э.К. Наберушкина [13]).

Сегодня в научной литературе широко используются понятия «инвалид» (лица с инвалидностью) и лица с ограниченными возможностями

здоровья. Несмотря на то, что оба понятия описывают те или иные ограничения здоровья (физические или ментальные), они не тождественны и не могут употребляться как синонимы. С юридической точки зрения «ребенок-инвалид» — это социальный статус, который присваивается решением медико-социальной экспертизы на основе медицинского заключения о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, полученных травмах и предусматривает выполнение индивидуальной программы реабилитации для улучшения или стабилизации функций организма. Наличие социального статуса обуславливает получение пенсии по инвалидности, а также предусмотренных для данной категории граждан социальных льгот. Термин «ограниченные возможности здоровья» (ОВЗ) шире, он предполагает, что ребенок имеет в результате медицинских обстоятельств ограничение жизнедеятельности и потерю социальных ориентиров, что потребовало создание специальных условий для обучения и взросления. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ признает препятствия для получения образования и необходимость создания специальных условий для обучающихся с ОВЗ. В качестве ограничений могут выступать нарушения речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, расстройства аутистического спектра, задержка психического и психоречевого развития, умственная отсталость и др. (статья 79).

Особое внимание ученые обращают на связь между показателями ограничения здоровья (физическими и ментальными) и включения детей с ОВЗ в социум, указывая на замедление их социализации в связи с проблемами со здоровьем. Так, приобретенные в юном возрасте заболевания ведут к неравномерности социализационных процессов по скорости и объему вследствие статуса «больного» [6], что объясняется установками и деятельностью ближайшего социального окружения (родители, родственники, педагоги), которые накладывают ограничения на передвижение, обучение, трудоустройство, круг друзей и знакомых, стремление к самостоятельной жизни в ущерб типичным социализационным траекториям. Г.В. Жигунова [7] рассматривает проблемы лиц с ОВЗ через совокупность институциональных факторов социальной зависимости и вынужденной изоляции, видя пути их преодоления в создании учреждений и институтов образования, интеллектуального развития, спорта, творчества, досуга и коммуникации со сверстниками: дети с нарушениями здоровья имеют те же потребности, что и их нормотипичные сверстники, однако фокус их социализации смещается взрослыми на лечение и реабилитацию, оставляя на периферии те важные процессы, которые оказывают непосредственное влияние на их самосознание и личную идентичность.

И здесь возникает, помимо основного вопроса о сложности признания лиц с ОВЗ полноценными субъектами социальной жизни, вопрос о субъектности ребенка. Под социальной субъектностью лиц с нарушениями здоровья понимается «способность осуществлять сознательный, самостоя-

ятельный выбор в поле социальных отношений и выстраивать ценностное отношение к важнейшим сторонам общественной жизни» [5. С. 2]. Иными словами, с одной стороны, лица с ОВЗ обладают социальной субъектностью как совокупностью социально-психологических качеств личности, позволяющих им осуществлять осознанный выбор жизненных стратегий и моделей взаимодействия со средой на основе усвоенной нормативно-ценностной картины мира. С другой стороны, социальная субъектность проявляется как способность и возможность выступать в качестве полноценного субъекта общественных отношений, позволяя определять направленность и задавать вектор социальной активности с учетом преодоления социокультурных, структурных и институциональных барьеров, а также ограничений, связанных со здоровьем. Присвоение социальной субъектности происходит в ходе социализации — становления деятельности, взаимодействий и общения, а также самосознания личности. Так считают исследователи, развивая теории субъектности детей и подростков в сфере здравоохранения [2; 3; 33; 35], инклюзивного общего и дополнительного образования [21; 23].

В этой связи представляется крайне важным включение в научный анализ в качестве социальных детерминант позиций и действий детей и подростков, имеющих проблемы со здоровьем. Несмотря на обилие работ о разных аспектах жизнедеятельности детей и молодых людей с ОВЗ, большая их часть ориентирована на выявление специфики социализации в детстве. К сожалению, пока не определены те реперные точки в детских биографиях, где фиксируются различия. Мы предлагаем использовать биографическо-событийный анализ детства, признавая важным разнообразие специфических ситуаций, случаев и практик для процесса взросления и выстраивания жизненных траекторий в дальнейшей жизни. Помимо освоения этих практик возраст их начала и масштабы распространения/ограничения показывают дополнительные черты современного взросления, позволяя оценить качество жизни детей и их уровень подготовки ко взрослой жизни.

Цель исследования — выявление специфики событийных траекторий детей на основе описания ситуаций, доказывающих ограничения или особенности детства у лиц с нарушениями здоровья. При анализе эмпирических данных были сформулированы следующие исследовательские вопросы/задачи: зависит ли доля имеющих серьезные проблемы со здоровьем в детстве от социально-демографических характеристик, в частности, от состава и материального положения семьи? Действительно ли молодые люди с ОВЗ в конкретный период детства фиксируют ограничения в переживании некоторых эпизодов, ситуаций стандартной событийности? Одновременно ли происходят знаковые личностные события у нормотипичных детей и детей с ОВЗ? Имеются ли доказательства отставания или, напротив, опережения во времени в каких-либо событиях? Влияет ли фактор здоровья на самоопределе-

ние молодежи и самоощущение возраста перехода от детства к взрослости? Можно ли говорить об инфантилизации или о более раннем взрослении конкретной социально-демографической группы?

Была разработана онлайн-анкета: было размещено открытое приглашение ее заполнить в социальных сетях, а также приглашения в образовательных учреждениях (поскольку молодежь 17–23 учится и характеризуется высоким уровнем активности в информационном пространстве). Выборка неслучайная потоковая, при помощи двух процедур отсева массив был скорректирован — в него вошли только представители молодежи определенного возраста, которые провели детство во всех восьми территориально-административных округах. Дополнительная корректировка массива была проведена на основе контрольной перепроверки — исключения анкет с неправдивой информацией (одинаковый возраст в большинстве событий, указание на невладение навыками работы в Интернете, хотя заполнялась электронная анкета). После ремонта выборки для анализа использовались 1210 анкет, около 80 % из них заполнили студенты высшей школы, 12,6 % — обучающиеся системы специального профессионального образования (СПО), остальные — работающая или безработная молодежь. 1/5 часть провела свое детство в городах-миллионниках, чуть более 30 % — в малых и средних городах, у двух близких по объему групп (по четверти опрошенных) детский период прошел в сельской местности и в крупных городах. Большинство оценили уровень дохода своих родительских семей как средний, около 15 % — как высокий, 28 % — как низкий; в полных семьях хотя бы часть своего детства провели 3/4 респондентов.

Потоковая выборка по биографическим данным всегда имеет ряд особенностей, поскольку у женщин лучше развита нарративная память и они готовы делиться воспоминаниями открыто и подробно. Поэтому гендерный перекос в пользу анкет молодых женщин воспринимается, с одной стороны, как закономерный, с другой стороны, ставит задачу дополнительного вычленения гендерных различий [15].

В анкете, после основных социально-демографических данных, располагалась просьба отметить, в каком возрасте происходило впервые какое-то событие детства из 100 предложенных вариантов (Табл. 1), т.е. возможный вариант ответа по любому эпизоду был ограничен промежутком от 3 до 18 лет. Далее рассчитывался средний возраст прохождения каждого из событий (до десятых значений), проводилось сравнение по медиане и по децилям. Сравнение в подгруппах по социально-демографическим и иным социальным характеристикам проводилось, если они были сопоставимы по объему, достаточно наполнены содержательными ответами (более 75 %), а при оценке распределения ответов не обнаруживалась концентрация экстремально низких или высоких значений [см. подробнее в: 9].

Пример инструкции по заполнению анкеты

Сообщите, пожалуйста, с какого возраста с Вами происходили указанные ниже события. Если Вы сомневаетесь отметить точно (например, что-то, как Вам вспоминается, началось с 6–7 лет), то выберите, пожалуйста, более старший возраст (отметьте 7). Если какого-то события не было, то отметьте последний пункт — не произошло

Примеры вопросов:

Я впервые влюбился/влюбилась в возрасте:

3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Не произошло
---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--------------

Я попробовал (а) спиртное в возрасте:

3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Не произошло
---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--------------

Я впервые участвовал (а) в вечеринке без взрослых: в возрасте:

3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Не произошло
---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--------------

Крайне важным было решение, что считать значимой разницей в среднем возрасте прохождения событий при сопоставлении подгрупп. Мы ориентировались на данные возрастной психологии, которая считает полгода значимой разницей в освоении некоторых психических функций ребенком, например, при определении готовности к школе, установлении границ пубертатного созревания [22; 24]. В изучении некоторых феноменов детского периода ученые рассматривают и минимальные различия в один месяц [37]. Учитывая сложившуюся практику, мы фиксировали в качестве интервала 0,3 года, считая значимой разницу в 0,5 года и более.

Помимо социально-демографического блока в анкету был включен вопрос о наличии в детстве серьезных проблем со здоровьем. Выбранная методика событийности имеет свои преимущества для изучения детства с ОВЗ ввиду своей латентности, поскольку в анкетах не делался акцент на различиях с нормотипичными детьми. Сложности сравнения видятся в том, что сам по себе событийный ряд является слабо исследуемым аспектом, и пока мы не имеем достаточно данных, чтобы судить о некоторой стандартной, нормативной модели проживания значимых небиографических событий. Все представляемые данные сопоставлялись только между группами нормотипичной молодежи и респондентов с ОВЗ в детстве, исключив группу тех, кто не помнит или по какой-то причине не захотел об этом сообщить (11 %; 15 % имели проблемы со здоровьем в детстве; 74 % — нет).

Исходя из первого исследовательского вопроса, мы попытались выявить долю молодых людей с ОВЗ, обращая внимание на некоторые социально-демографические характеристики — различия по составу и социально-экономическому положению семьи, роду занятий на момент опроса. Установлено, что в детстве респонденты с ОВЗ реже проживали в полных семьях, в неполных материнских — четверть (Рис. 1). Современные россий-

ские и зарубежные исследователи отмечают риски распада семьи при рождении ребенка с ОВЗ. Среди основных причин: трудности принятия одним из родителей (как правило, отцом) сложившейся ситуации, невозможность адаптации к новым жизненным обстоятельствам; повышенная концентрация матери на потребностях больного ребенка при одновременно высоком уровне психо-эмоциональной и физической нагрузки, стигматизации и/или самостигматизации, тревожности, чувства вины (что приводит к дисгармонии супружеских отношений, ослаблению интеракций и коммуникаций) [18]. Неполные семьи, в которых воспитываются дети с особенностями развития, составляли от 30 % до 40 % [1]. Мы получили меньшую долю неполных семей, что может быть объяснено процедурой исследования: в выборку онлайн-анкетирования не могли попасть молодые люди с тяжелыми нарушениями и ментальными особенностями.

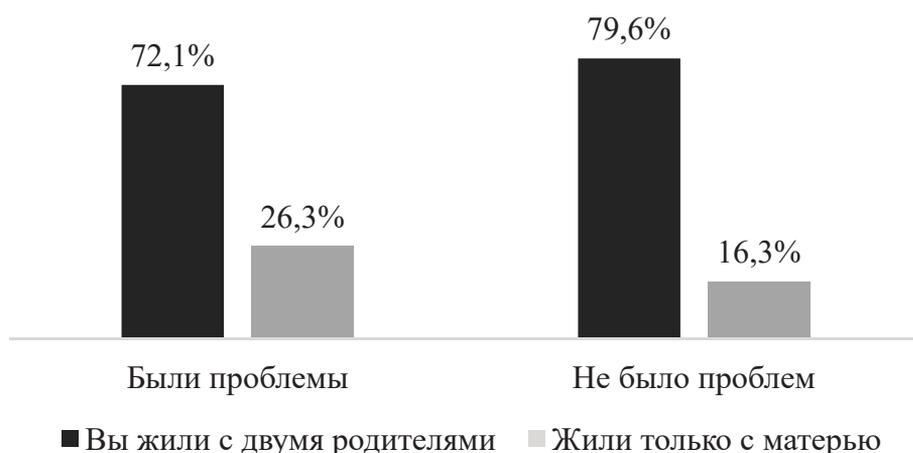


Рис. 1. Полная/неполная семья и наличие у ребенка проблем со здоровьем в детстве, %

К особенностям семей с детьми с ОВЗ отнесем также развод родителей в более раннем возрасте (средний возраст пережитого развода — 8,2 года, у нормотипичных ровесников — 8,9), что, вероятно, служит дополнительным доказательством, что отношения супругов с больными детьми подвергаются большему риску, результатом часто становится уход отца из семьи. Кроме того, была выявлена зависимость наличия проблем со здоровьем и материально-экономического состояния родительской семьи (Рис. 3), поскольку лечение ребенка — дополнительное бремя для семейного бюджета: большинство респондентов с ОВЗ живут в семьях с низким и средним доходом. Так, доля прожиточного минимума ребенка-инвалида, покрываемая ежемесячным пособием, составляет не более 30 % необходимых затрат; возможно, семья не в состоянии обеспечить лечение, реабилитацию, развитие и образование ребенка в силу того, что отец часто оставляет семью, а мать не может работать, так как осуществляет уход и присмотр за ребенком [17. С. 66].

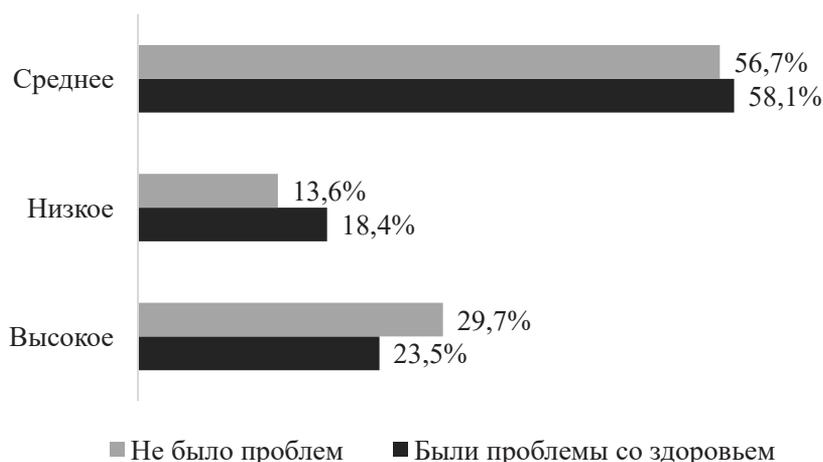


Рис. 2. Материально-экономическое положение семьи и наличие проблем со здоровьем в детстве, %

Проблемы со здоровьем ограничивают возможности в получении образования, «снижая» его уровень и качество: среди студентов высшей школы респондентов с ОВЗ меньше, но больше среди обучающихся в системе СПО (Табл. 2).

Таблица 2

Вид деятельности в настоящее время и наличие проблем со здоровьем в детстве, %

Вид деятельности сейчас	Были проблемы со здоровьем	Проблем не было
Выполнение домашних обязанностей (например, молодая мама, уход за родственниками)	0,6	0,8
Обучение краткосрочное (курсы, тренинги, переобучение, повышение квалификации)	4,5	2,1
Работа	5	3,7
Обучение в СПО	13,4	11,9
Обучение в ВУЗе	76	81,3

Следующим шагом было вычленение из всей совокупности ключевых групп событий взросления, влияющих на успешное протекание социализации в детстве или на отклонение от некоторой распространенной модели. Ниже последовательно изложены краткие результаты анализа по группам событий, связанных с самостоятельностью в семье, заботой о здоровье, включением в сообщество ровесников, освоением информационно-коммуникационных технологий, мобильностью и т.д. Средний возраст событий показал, что две трети ситуаций происходили в сравниваемых группах в одно время.

Внутри семьи респонденты с ОВЗ в детстве были окружены большим уходом, заботой и контролем, что приводит в некоторых случаях к более поздней самостоятельности: стали самостоятельно выбирать, в каком кружке, секции, клубе заниматься в 9,8 лет, в то время как нормотипичные сверстники — в 9,3 года; их мнение стало учитываться при покупке одежды в 10,2 года, у второй группы — уже в 9,4 года. Через освоение некоторых ситуаций у групп респондентов с ОВЗ стимулируется вид социализации, которая может быть, по нашему мнению, названа медицинской. Это процесс усвоения совокупности присущих социальной роли пациента норм, ценностей, символов, моделей поведения, формирование представлений о диагностике, лечении и профилактике заболеваний, функционале медицинских работников, правилах и стандартах, принятых в амбулаторно-поликлинических, стационарных организациях и на дому. Дети с ОВЗ, интегрируя их в структуру личности под влиянием значимых социальных факторов, адаптируют свое поведение и деятельность к состоянию здоровья.

Условно здоровые дети и дети с ОВЗ имеют несколько различные жизненные траектории, отличающиеся насыщенностью, частотой и концентрацией событий, глубиной погружения в сферу здоровьесбережения (Табл. 3). Опыт взаимодействия здоровых детей с системой здравоохранения чаще всего ограничивается плановыми или эпизодическими (при возникновении заболевания) посещениями врача и прививочных кабинетов, редкими либо единичными случаями пребывания в медицинском стационаре (при необходимости оперативного вмешательства, инфекционном заболевании, сложных травмах и пр.), которые не оказывают существенного влияния на самооценку, ценности, установки и цели нормотипичных респондентов.

Таблица 3

**Средний возраст начала событий медицинской социализации
и наличие проблем со здоровьем в детстве, лет**

Событие	Были проблемы со здоровьем	Проблем не было
Самостоятельное пребывание дома при болезни	11,5	12,1
Самостоятельное лечение дома, прием лекарств, выполнение лечебных процедур по рекомендации врача, родителей	12,6	13,4
Самостоятельное посещение врача, медицинских учреждений без родителей	14,4	14,9

Вместе с тем дети с ОВЗ могут иметь более широкий спектр теоретических знаний и практических навыков, касающихся конкретного заболевания, его симптомов, лечения, профилактики, по сравнению с более здоровыми респондентами, поскольку значительно чаще сталкиваются со сферой здраво-

охранения, проходя лечение как амбулаторно, так и в стационаре, пребывая там длительное время, постепенно привыкая и самостоятельно адаптируясь к условиям медицинской организации, ее распорядку дня, требованиям и правилам, расписанию обходов и процедур, находя друзей и социализируясь под влиянием специфических обстоятельств. Они постигают новый опыт, опережая своих сверстников в знаниях о медицинской сфере, которые, однако, не являются «обязательными», характерным для большинства детей или усваиваются уже во взрослом возрасте. Респонденты с проблемами здоровья в детстве прошли через события манипуляций с телом также в среднем раньше, более чем на полгода, чем представители другой группы (сделали себе пирсинг в 14 лет против 14,7, впервые пошли к косметологу/дерматологу/другому специалисту для коррекции внешности в 14,2 года против 15). Нахождение в одиночку дома при болезни стимулирует и развитие навыков самообслуживания: респонденты с ОВЗ раньше научились готовить еду себе, а потом и другим (средний возраст 12,1 против 12,7). В некоторых случаях у них ранее чем на полгода происходило освоение практик эмпатии, взаимопомощи, ответственности (Табл. 4). Мы также зафиксировали значимую разницу в возрасте дебюта обращения к специалистам психологической поддержки: у нормотипичных респондентов — 14,8 лет, в группа с ОВЗ — на целый год раньше, в 13,8 года.

Таблица 4

Средний возраст начала событий эмпатии и ответственности и наличие проблем со здоровьем в детстве, лет

Событие	Были проблемы со здоровьем	Проблем не было
Получение ответственного задания (например, стал (а) старостой класса, ведущим мероприятия и т.д.)	11,1	11,7
Участие в волонтерском проекте (помогал (а), организовывал (а) что-то без денег, от души)	13,6	14,1

Эмпирические данные свидетельствуют, что, несмотря на ограничения, у имевших проблемы со здоровьем в детстве не наблюдается отставания в прохождении ряда событий взросления в сообществе ровесников. В ряде случаев фиксируется опережение в освоении некоторых практик, например, при контактах в компаниях сверстников, включении в субкультурный контекст, апробировании «недетских сфер» (Табл. 5). Одно из возможных объяснений состоит в том, что дети с ОВЗ испытывают особую потребность в общении с ровесниками, что мотивирует их на преодоление комплексов и стимулирует компенсировать некоторые пробелы коммуникации. Вероятно, участие респондентов с ОВЗ в такого рода событиях выступает как технология изменения позиции «исключенных».

**Средний возраст начала событий и наличие проблем со здоровьем
в детстве, лет**

Событие	Были проблемы со здоровьем	Проблем не было
Первая влюбленность	11,9	12,4
Проба спиртного	13,7	14,4
Первое участие в вечеринке без взрослых	14,1	14,6
Прогулки ночью с друзьями, любимым/любимой	15,1	15,7

В исследованиях последнего десятилетия уделяется особое внимание особенностям использования информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в работе с детьми с ОВЗ. В частности, были выделены специфические интернет-риски [4; 30; 32] и сделан вывод, что данная социальная группа в большей степени склонна к проявлению «ролевой виктимности» и игровой зависимости, в том числе в связи с проблемой понимания и управления личным временем. Однако большинство отечественных и зарубежных исследований вновь опираются на данные опросов родителей и профессионалов [4; 11; 25; 38], заметно реже учитывая мнение детей и молодежи. Результаты нашего исследования показывают, что наличие или отсутствие проблем со здоровьем оказывает разнонаправленное влияние на событийность в сфере ИКТ: не наблюдается серьезных различий между группами в предоставлении родителями технологических устройств (телефонов, планшетов и др.) — эти вещи стали реальными атрибутами поколения, их имели почти 100 % опрошенных (от 95 % до 99 %) независимо от наличия/отсутствия проблем со здоровьем. Однако все гаджеты дети с ОВЗ получают немного раньше: так, возраст появления первого мобильного телефона отличается менее чем на 0,3 года — у детей без проблем со здоровьем он появлялся в 8,6 лет, у детей с проблемами — в 8,9 лет; планшет с доступом в Интернет также появляется почти одновременно (10,2 и 10,6 лет соответственно); чуть раньше первый компьютер, ноутбук появлялся у тех, кто не имел проблем со здоровьем (12,1 и 12,4 года), однако в обоих случаях после окончания начальной школы.

Что касается ИКТ-навыков у сравниваемых групп, то раньше всего дети начинают играть в компьютерные игры (9 лет), а уже затем смотреть мультфильмы, фильмы, ролики. Для данных практик средний возраст начала намного ниже у тех, кто заявляет об отсутствии проблем со здоровьем в детстве. Тенденция к минимальным отклонениям сохраняется: отличия в первом опыте игр на компьютере составляют 0,2 года (9,2 и 9 лет соответственно), в просмотре видео на электронном носителе — 0,3 (9 и 8,7 лет). Отметим, что опыт первой онлайн-покупки у обеих групп произошел достаточно рано — в 8,9 лет у тех, кто заявил о наличии проблем со здоровьем в детстве, и в 8,6 у тех, у кого

проблем не было. Первый опыт самостоятельного поиска информации связан с появлением мобильного телефона и планшета — соответственно в 10,9 и 10,8 лет. И в данном случае отличие в среднем возрасте появления интернет-аккаунта минимально — 10,8 и 10,6 лет. Фотографии с друзьями появляются у обеих групп после 10 лет, но у тех, кто имел проблемы со здоровьем, чуть позже (10,5 против 10,1). Онлайн-испытания те, у кого были проблемы со здоровьем, начинали проходить чуть позже (13,1 против 12,9 лет). Также в 13 лет обе группы начинали вести блоги, каналы в Интернете (13,3 против 13,1).

Самый значительный разрыв между группами наблюдается в вопросе о фотографиях с друзьями — больше респондентов, имевших проблемы со здоровьем в детстве, указали, что у них таких фотографий в сети нет (7 % против 3 %). Возможно, дети с некоторыми нозологиями не склонны фиксировать визуально свои контакты. Друзья по Интернету появились у обеих групп одновременно — в 12,9 лет, но почти треть респондентов, имевших проблемы со здоровьем в детстве, заявили об отсутствии интернет-друзей (29 % против 37 % нормотипичных ровесников). Вероятно, онлайн-общение более значимо для молодых людей с ОВЗ, что мотивирует их на поиск друзей в сети (71 % против 62 % среди нормотипичных детей) (Табл. 6).

Таблица 6

Значимые события в ИКТ сфере и наличие/отсутствие проблем со здоровьем в детстве

Событие	Произошло, %		Средний возраст, лет	
	Были проблемы со здоровьем	Проблем не было	Были проблемы со здоровьем	Проблем не было
<i>ИКТ-навыки</i>				
Занятия на онлайн-курсах	68,2%	63,2%	15,2	15,8
Просмотр на электронном носителе мультимедиа, фильмов, роликов	97,2%	96,8%	9	8,7
<i>Самостоятельные практики в информационном пространстве</i>				
Появление фотографий с друзьями	92,7%	97,1%	10,5	10,1
Появление интернет-друзей	70,9%	62,3%	12,9	12,9

Таким образом, сравнивая поведение детей в сфере ИКТ, можно сделать вывод, что это поколение проходит «цифровую социализацию». Абсолютное большинство, независимо от состояния здоровья, заводит аккаунт в сети (99 %) и более половины пробует вести свою страницу или даже канал/блог. В обеих группах наблюдается идентичная событийность (последовательность событий) в освоении и использовании ИКТ, отсутствие значимых (более полугода) опережений или отставаний по среднему возрасту событий. Исключения составляют дебюты обучения на онлайн-курсах: у респондентов

с ОВЗ по сравнению с нормотипичными ровесниками это событие произошло на полгода раньше (15,2 против 15,8 лет), но это единственное интернет-событие, произошедшее на полгода раньше у группы тех, у кого были проблемы со здоровьем. Однако необходимо учитывать историко-социальный контекст: опрошенные в 2023 году 18-летние респонденты учились в школе во время пандемии 2020–2021 годов, что оказало влияние на их повседневные практики и на общий процесс взросления, однако дистантные формы обучения в большей степени затронули детей с ОВЗ.

В научной литературе довольно часто в объяснении эксклюзии группы с ОВЗ упоминаются серьезные ограничения мобильности [14], а детская мобильность играет важную роль в развитии и становлении личности, с одной стороны, предоставляя больше возможностей для осуществления проб новых общений, игр, фантазий, получения новых компетенций в освоении городского ландшафта и правил социума, а, с другой стороны, формируя самостоятельность и независимость [3; 10]. Данные нашего исследования показывают, что более половины событий из предложенного списка, связанных с мобильностью, осваивались информантами с ОВЗ с отставанием, хотя и незначительным, например, практически одновременно — в 8 с небольшим лет — дети начинали гулять во дворе, без сопровождения взрослых посетили библиотеку, в 10 лет впервые осуществили самостоятельные поездки по населенному пункту, городу (в школу, к бабушке и т.д.), и наблюдается отставание в 0,3 и более года в дебютах самостоятельных поездок в другой населенный пункт и за границу, посещения театра (Табл. 7).

Таблица 7

Значимые события мобильности и наличие проблем со здоровьем в детстве, сравнение по среднему возрасту, лет

События	Были проблемы со здоровьем	Проблем не было
Первые поездки за границу с семьей, родителями или родственниками	8,9	8,6
Посещение театра	10	9,6
Первые поход или экскурсия с группой (одноклассников, друзей, каким-либо коллективом и т.п.) без родителей	10,6	10,3
Поездка в лагерь, центр на каникулах без родителей	10,9	10,6
Поход за грибами, на рыбалку, охоту без родителей	12,4	13,1
Самостоятельное вождение небольшого транспортного средства (мотоцикла, скутера, моторной лодки и т.п.)	13,6	14,4
Поездка за границу самостоятельно или с группой ровесников	14,4	13,8

Интересен тот парадоксальный факт, что информанты с ОВЗ могут демонстрировать опережение в «индивидуальном» освоении удаленных локаций, требующих ориентации в городском/сельском пространстве, построении логистических маршрутов в лесу, для рыбалки или охоты за пределами населенного пункта. Вероятно, сдерживание мобильности не во всех случаях обусловлено нозологией заболевания, а зависит от многих факторов: объективных (органических или ментальных ограничений) и субъективных (барьеры взрослых, собственные страхи, некомпетентность).

Мы предложили респондентам в анкете дать обобщающую ретроспективную оценку детского периода своей жизни (Рис. 3). Данные свидетельствуют, что отсутствие в детстве серьезных проблем со здоровьем тесно связано с ощущением детского периода как счастливого (среди респондентов с ОВЗ таких меньше на 10%), высок и коэффициент связи по сравнению с иными выявленными зависимостями между оценками детства как счастливого и социально-демографическими характеристиками.

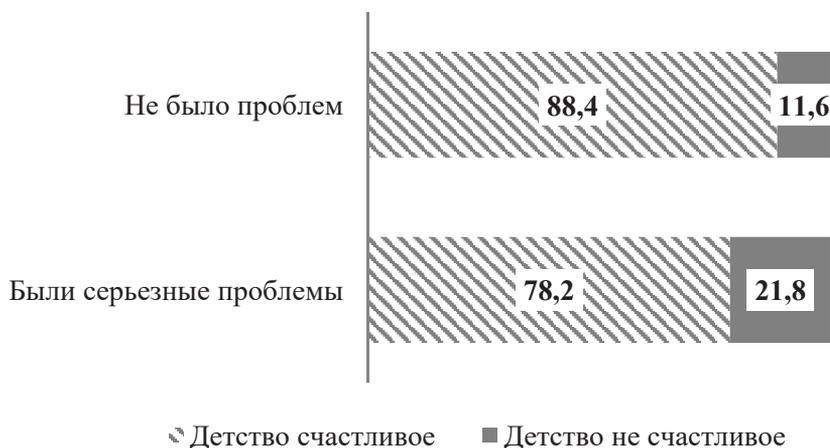


Рис. 3. Взаимосвязь оценки детства как счастливого/несчастливого и наличия проблем со здоровьем в детстве, %

Противоречиво, на первый взгляд, выглядит то, что молодежь с ОВЗ назвала более раннюю субъективную границу окончания детства — 13,6 года (против 14,4), и это не может быть объяснено общепринятым мнением, что дети, пережившие болезнь, взрослеют раньше. Мы полагаем, что это закономерный результат дополнительного социального опыта, овладения компетенциями в опережающих ситуациях взаимодействия с разновозрастными детьми в медицинских организациях, со специалистами в больницах, реабилитационных учреждениях и НКО, а также формирования дополнительной ответственности за свое самосохранительное поведение.

Полученные результаты подтверждают значимость исследования событийности молодежи с ОВЗ в период детства для понимания особенностей социального конструирования исключения людей с разным уровнем здоровья. Помимо физических и психических особенностей детей с ОВЗ, (не) доступности физического пространства, неготовности общества принимать и поддерживать особых детей прослеживается специфика усвоения и интериоризации социального опыта, практик и навыков, но мы не можем утверждать, что эта специфика линейно влечет лишь замедление процессов адаптации и интеграции в систему общественных отношений. Респонденты, имеющие проблемы со здоровьем, чаще проживают в неполных и низкодоходных семьях, чей уровень благосостояния не позволяет получить дорогостоящие медицинские услуги по их лечению и реабилитации. Несмотря на развитие идей инклюзивного образования, молодежь с ОВЗ реже поступает в вузы, чаще выбирая систему СПО. Событийные практики молодых людей с ОВЗ в большинстве случаев существенно не отличаются по времени наступления тех или иных дебютов взросления, характерных для нормотипичных сверстников. Тем не менее, фиксируются некоторые различия: с одной стороны, респонденты, чей период взросления был детерминирован проблемами со здоровьем, раньше отмечают период окончания детства, выработку навыков самообслуживания, приготовления пищи, приема лекарственных средств, освоение практик эмпатии, взаимопомощи и ответственности. Молодежь с ОВЗ в детстве не только не отстает от здоровых сверстников в интернет-практиках, но и демонстрирует развитие дополнительных навыков и компетенций (в сфере ИКТ, например, имеют чаще друзей в сети Интернет). Наблюдается и ранняя медицинская социализация — в результате не только ситуаций адаптации к работе системы здравоохранения из-за частых посещений специалистов и не только в форме более продвинутых знаний о причинах конкретного заболевания, его течении и лечении, но и в ходе освоения роли пациента через активные навыки самостоятельного пребывания и лечения дома.

С другой стороны, молодые люди с ОВЗ несколько позже осваивают локальные географические, образовательные и культурные пространства за пределами школы и дома. Неравномерный опыт прохождения событийности детства оказывает влияние на социальную компетентность и приводит к более низкой самооценке своего благополучия в период детства. Помимо четко выделенных зон благополучия/неблагополучия, определяемых возрастом, местом проживания, достатком и рядом иных факторов [11], на формирование удовлетворенностью жизнью влияет состояние здоровья и опосредованный им багаж социальных практик, приобретаемый в детстве. Это необходимо учитывать и в исследованиях субъективного благополучия,

и в разработке технологий по укреплению самостоятельности и сужению секторов инфантилизации молодого поколения, эмоциональной стабилизации в современном российском обществе.

Библиографический список

1. Безрукова О., Самойлова В. Как поддерживать отцов и семьи, воспитывающих детей с инвалидностью? // Журнал исследований социальной политики. 2024. Т. 22. № 2.
2. Бессчетнова О.В., Майорова-Щеглова С.Н. Освоение социальной роли пациента в период детства // Социологические исследования. 2023. № 7.
3. Бочавер А.А., Поливанова К.Н., Павленко К.В. Гулять или не гулять? Как современные родители организуют независимую мобильность детей // Городские исследования и практики. 2020. Т. 5. № 3.
4. Волкова И.П., Машкова А.В. Взаимосвязь виктимного поведения и зависимости от Интернета подростков с ограниченными возможностями здоровья // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2022. № 204.
5. Дарган А.А. Социологическая интерпретация социальной субъектности людей с инвалидностью // Знание. Понимание. Умение. 2020. № 2.
6. Деточенко Л.С. Специфика социализации инвалидов: опыт нарративной реконструкции // Журнал социологии и социальной антропологии. 2020. Т. 23. № 2.
7. Жигунова Г.В. Ювенальная инвалидность в России: теоретический и эмпирический анализ институциональной организации и социальных практик: Дис. д.с.н. Новочеркасск, 2012.
8. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М., 2008.
9. Майорова-Щеглова С.Н., Колосова Е.А., Губанова А.Ю. Событийность детства: к вопросу об эмпирических доказательствах новой теории поколений // Социологические исследования. 2020. № 3.
10. Майорова-Щеглова С.Н., Колосова Е.А., Губанова А.Ю. Маршруты оффлайн и онлайн-жизни детства: событийный анализ // Ойкумена. Регионоведческие исследования. 2020. № 3.
11. Мареева С.В. Зоны субъективного благополучия и неблагополучия в российском обществе // Вестник РУДН. Серия: Социология. 2018. Т. 18. № 4.
12. Медведева Е.А., Данилова Ю.Н. Системно-историческая ретроспектива социального статуса семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Системная психология и социология. 2022. № 4.
13. Наберушкина Э.К. Обзор социальных проблем инвалидности в контексте занятости, социальной политики и социальных дистанций // Журнал исследований социальной политики. 2017. Т. 15. № 2.
14. Наберушкина Э.К., Бессчетнова О.В. Социальное самочувствие студентов с инвалидностью в городе // Научные результаты в социальной работе. 2023. Т. 4. № 2.
15. Осипова И.С., Никишов С.Н., Андриянова А.В. Особенности функционирования автобиографической памяти студентов с различным уровнем социального интеллекта // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. Т. 7. № 1.
16. Павленко Е.С. Взросление как процесс формирования идентичности: возможности анализа нарративов // Вестник РУДН. Серия: Социология. 2016. Т. 16. № 2.
17. Петрулевич И.А., Снежко Г.Е. Социокультурные ресурсы семьи для создания платформы самореализации детей с ОВЗ // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2018. № 3.

18. *Разенкова Ю.А., Павлова А.В., Корниенко Т.Ю.* Современная семья ребенка с нарушением зрения: анализ материалов всероссийского опроса // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2023. № 207.
19. *Селигман М., Дарлинг Р.* Обычные семьи, особые дети. М., 2007.
20. *Сухарева Л.М., Надеждин Д.С.* Сравнительный анализ психофизиологической и психосоциальной готовности к школе первоклассников 7 и 8 лет // Новые исследования. 2012. № 1.
21. *Федорцева М.Б., Литвинова Ю.А., Кречетова Н.М., Фрезе Н.В.* Инклюзивная образовательная среда как условие развития и социальной адаптации детей с особыми образовательными потребностями // Современное дошкольное образование. 2017. № 3.
22. *Хохлов В.А.* Половые различия в состоянии высших психических функций у детей и подростков 4–17 лет // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2021. № 1.
23. *Шаповал И.А.* Диспозиции социальных субъектов инклюзии и интеграции лиц с инвалидностью в общество // Ценности и смыслы. 2019. № 4.
24. *Ярская-Смирнова Е.Р.* Социокультурный анализ нетипичности. Саратов, 1997.
25. *Akgun F.* Parents' attitudes and opinions towards their children's use of technology // International Journal of Research in Education and Science (IJRES). 2023. Vol. 9. No. 3.
26. *Becker H.* Outsiders: Studies in Sociology of Deviance. N.Y., 1963.
27. *Cohler B.J., Hammack P.L.* The psychological world of the gay teenager: Social change, narrative, and "normality" // Journal of Youth and Adolescence. 2007. Vol. 36.
28. *Goffman E.* Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, 1963.
29. *Hammack P.L., Toolis E.* Narrative and the social construction of adulthood // New Directions in Child and Adolescent Development. 2014. Vol. 145.
30. *Hammond S.P., D'Arcy J., Polizzi G.* Connection brokers: How educators work within and between social networks to cultivate community digital resilience to support children with disabilities using the Internet // New Media & Society. 2023 // URL: <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/91271>.
31. *Ibrahim S., Vasalou A., Benton L., Clarke M.* A methodological reflection on investigating children's voice in qualitative research involving children with severe speech and physical impairments // Disability & Society. 2022. Vol. 37. No. 1.
32. *Kocamaz E.B., Akça K., Uygun Ş.* The use of Internet and technological devices in children with disability from the perspective of parents // Technology and Disability. 2021. Vol. 33. No. 3.
33. *Lewis-Dagnell S., Parsons S., Kovshoff H.* Creative methods developed to facilitate the voices of children and young people with complex needs about their education: A systematic review and conceptual analysis of voice // Educational Research Review. 2023. Vol. 39.
34. *Mills C.M., Goldstein T.R., Kanumuru P., Monroe A.J., Quintero N.B.* Debunking the Santa myth: The process and aftermath of becoming skeptical about Santa // Developmental Psychology. 2024. Vol. 60. No. 1.
35. *Montreuil M., Carnevale F.A.* A concept analysis of children's agency within the health literature // Journal of Child Health Care. 2016. Vol. 20. No. 4.
36. *Oliver M.* Social policy and disability: Some theoretical issues // Disability, Handicap & Society. L., 2007.
37. *Shakespeare T.* The social model of disability: An outdated ideology? // Research in Social Science and Disability. 2001. Vol. 2.
38. *Sorbring E., Kuczynski L.* Children's agency in the family, in school and in society: Implications for health and well-being // International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being. 2018. Vol. 13. Supplement 1.
39. *Wolfensberger W.* Advanced Issues in Social Role Valorization Theory. Plantagenet, 2012.

Eventful growing up of children with different levels of health: A sociological analysis*

S.N. Mayorova-Shcheglova¹, O.V. Besschetnova^{2,3}, A.Yu. Gubanova⁴

¹Moscow State Psychological and Pedagogical University,
Sretenka St., 29, Moscow, 127051, Russia

²State University of Management,
Ryazansky Prospekt., 99, Moscow, 109542, Russia

³Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov,
Ostrovityanova St., 1, Moscow, 117513, Russia

⁴Russian Society of Sociologists,
Krzhizhanovskogo St., 24/35–5, Moscow, 117218, Russia

(e-mail: sheglova-s@yandex.ru; besschetnovaov@mgupp.ru; alexandra.gubanova@gmail.com)

Abstract. The relevance of the study is determined by the requirements of scientific understanding and interpretation of the peculiarities of growing up of socially juvenile groups with different levels of health. Contemporary trends in the dissemination of ideas of universal design of social inclusion and gradual replacement of its medical model with a social one in solving problems of persons with disabilities stimulated the study of the influence of health on the socialization of Russian children and adolescents. The authors focus, unlike most projects, on the subjectivity of the child, on the opinions of representatives of the juvenile group about childhood and health. The article aims at identifying the specifics of childhood event trajectories in groups with and without disabilities. The authors analyzed the data of the survey of young people about childhood to find answers to the following research questions: the dependence of the share of those with health problems in childhood on social-demographic characteristics; limitations in the passage of some episodes of standard eventfulness for respondents with disabilities in a specific period of childhood; differences in the age of living significant personal events; the influence of the health factor on self-determination in this period of life and on its definition as happy. The study was based on a biographical-event analysis given the possibilities and limitations of the online survey of respondents aged 17–23, conducted in 2023 in 8 federal districts (N=1210). The comparative analysis of two groups showed differences in event situations in a number of parameters, which proves the limitations or features of childhood with disabilities: an earlier subjective feeling of the end of childhood; intensive development of self-care skills, success of medical socialization; mastering practices of empathy, mutual assistance and responsibility. Children with disabilities do not lag behind healthy peers in online practices and even demonstrate additional skills and competencies (for example, they have more online friends); at the same time, there is a delay in their mastering of geographic, educational and cultural spaces. Uneven sequence of events in childhood affects social competence and, probably, can explain lower assessment of childhood well-being.

Key words: children; growing up; youth; health; childhood events; children with disabilities; social subjectivity

*© S.N. Mayorova-Shcheglova, O.V. Besschetnova, A.Yu. Gubanova, 2024

The article was submitted on 23.07.2024. The article was accepted on 15.11.2024.

References

1. Bezrukova O., Samojlova V. Kak podderzivat ottsov i sem'i, vospityvayushchih detej s invalidnostiyu? [How to support fathers and families raising children with disabilities?]. *Zhurnal Issledovaniy Sotsialnoj Politiki*. 2024; 22 (2). (In Russ.).
2. Beschetnova O.V., Mayorova-Shcheglova S.V. Osvoenie sotsialnoy roli patsienta v period detstva [Mastering the social role of the patient during childhood]. *Sotsiologicheskie Issledovaniya*. 2023; 7. (In Russ.).
3. Bochaver A.A., Polivanova K.N., Pavlenko K.V. Gulyat ili ne gulyat? Kak sovremennye roditeli organizuyut nezavisimuyu mobilnost' detey [To walk or not to walk? How today's parents organize independent mobility of children]. *Gorodskie Issledovaniya i Praktiki*. 2020; 5 (3). (In Russ.).
4. Volkova I.P., Mashkova A.V. Vzaimosvyaz viktimnogo povedeniya i zavisimosti ot Interneta podrostkov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdoroviya [The relationship between victim behavior and Internet addiction among adolescents with disabilities]. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gertsena*. 2022; 204. (In Russ.).
5. Dargan A.A. Sotsiologicheskaya interpretatsiya sotsialnoy sub'ektnosti lyudey s invalidnostiyu [Sociological interpretation of social subjectivity of people with disabilities]. *Znanie. Ponimanie. Umenie*. 2020; 2. (In Russ.).
6. Detochenko L.S. Spetsifika sotsializatsii invalidov: opyt narrativnoy rekonstruktsii [Specifics of socialization of disabled people: A narrative reconstruction]. *Zhurnal Sotsiologii i Sotsialnoy Antropologii*. 2020; 23 (2). (In Russ.).
7. Zhigunova G.V. *Yuvenalnaya invalidnost v Rossii: teoretichesky i empirichesky analiz institutsionalnoy organizatsii i sotsialnykh praktik* [Juvenile Disability in Russia: Theoretical and Empirical Analysis of Institutional Organization and Social Practices]. Novocherkassk; 2012. (In Russ.).
8. Levchenko I.Yu., Tkacheva V.V. *Psihologicheskaya pomoshch' semye, vospityvayushchej rebenka s otkloneniyami v razviti* [Psychological Assistance to the Family Raising a Child with Developmental Disabilities]. Moscow; 2008. (In Russ.).
9. Mayorova-Shcheglova S.N., Kolosova E.A., Gubanova A.Yu. Sobytiynost detstva: k voprosu ob empiricheskikh dokazatelstvakh novoy teorii generatsiy [Childhood eventfulness: On the empirical evidence of generational theory]. *Sotsiologicheskie Issledovaniya*. 2020; 3. (In Russ.).
10. Mayorova-Shcheglova S.N., Kolosova E.A., Gubanova A.Yu. Marshruty offlayn i on-laynzhizni detstva: sobyitnyy analiz [Offline and online routes of childhood: An event analysis]. *Oikumene. Regionovedcheskie Issledovaniya*. 2020; 3. (In Russ.).
11. Mareeva S.V. Zony sub'ektivnogo blagopoluchiya i neblagopoluchiya v rossiyskom obshchestve [Zones of subjective well-being and ill-being in the Russian society]. *RUDN Journal of Sociology*. 2018; 18 (4). (In Russ.).
12. Medvedeva E.A., Danilova Yu.N. Sistemno-istoricheskaya retrospektiva sotsialnogo statusa sem'i rebenka s ogranichennymi vozmozhnostyami zdoroviya [Systemic-historical retrospective of the social status of the family with a child with disabilities]. *Sistemnaya Psikhologiya i Sotsiologiya*. 2022; 4. (In Russ.).
13. Naberushkina E.K. Obzor sotsialnykh problem invalidnosti v kontekste zanyatosti, sotsialnoy politiki i sotsialnykh distantsiy [Review of social problems of disability in the context of employment, social policy and social distances]. *Zhurnal Issledovaniy Sotsialnoj Politiki*. 2017; 15 (2). (In Russ.).
14. Naberushkina E.K., Beschetnova O.V. Sotsialnoe samochuvstvie studentov s invalidnostiyu v gorode [Social well-being of students with disabilities in the city]. *Nauchnye Rezultaty v Sotsialnoy Rabote*. 2023; 4 (2). (In Russ.).
15. Osipova I.S., Nikishov S.N., Andrianova A.V. Osobennosti funktsionirovaniya avtobiograficheskoy pamyati studentov s razlichnym urovnem sotsialnogo intellekta [Features of the autobiographical memory functioning of students with different levels of social intelligence]. *Mir Nauki. Pedagogika i Psikhologiya*. 2019; 7 (1). (In Russ.).

16. Pavlenko E.S. Vzrosleniye kak protsess formirovaniya identichnosti: vozmozhnosti analiza narrativov [Growing up as an identity formation: Possibilities of narrative analysis]. *RUDN Journal of Sociology*. 2016; 16 (2). (In Russ.).
17. Petrulevich I.A., Snezhko G.E. Sotsiokulturnye resursy sem'i dlya sozdaniya platformy samorealizatsii detej s OVZ [Social-cultural resources of the family for ensuring self-realization of children with disabilities]. *Gumanitarnye, Sotsialno-Ekonomicheskie i Obshchestvennyye Nauki*. 2018; 3. (In Russ.).
18. Razenkova Yu.A., Pavlova A.V., Kornienko T.Yu. Sovremennaya semiya rebenka s narusheniem zreniya: analiz materialov vserossijskogo oprosa [Today's family of the child with visual impairment: Analysis of the all-Russian survey data]. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gertsena*. 2023; 207. (In Russ.).
19. Seligman M., Darling R. *Obychnyye sem'i, osobye deti* [Ordinary Families, Special Children]. Moscow; 2007. (In Russ.).
20. Sukhareva L.M., Nadezhdin D.S. Sravnitelny analiz psikhofiziologicheskoy i psikhosotsialnoj gotovnosti k shkole pervoklassnikov 7 i 8 let [A comparative analysis of psychophysiological and psychosocial readiness for school of 7–8-year-old first-graders]. *Novye Issledovaniya*. 2012; 1. (In Russ.).
21. Fedortseva M.B., Litvinova Yu.A., Krechetova N.M., Freze N.V. Inklyuzivnaya obrazovatel'naya sreda kak usloviye razvitiya i sotsialnoy adaptatsii detey s osobymi obrazovatel'nymi potrebnyami [Inclusive educational environment as a condition for the development and social adaptation of children with special educational needs]. *Sovremennoe Doshkolnoe Obrazovanie*. 2017; 3. (In Russ.).
22. Khokhlov V.A. Polovye razlichiya v sostoyanii vysshih psikhicheskikh funktsiy u detey i podrostkov 4–17 let [Gender differences in the higher mental functions of 4–17-year-old children and adolescents]. *Vestnik po Pedagogike i Psikhologii Yuzhnoy Sibiri*. 2021; 1. (In Russ.).
23. Shapoval I.A. Dispozitsii sotsialnykh sub'ektov inklyuzii i integratsii lits s invalidnostiyu v obshchestvo [Dispositions of social subjects of inclusion and integration of persons with disabilities into society]. *Tsennosti i Smysly*. 2019; 4. (In Russ.).
24. Yarskaya-Smirnova E.R. *Sotsiokulturny analiz netipichnosti* [Social-Cultural Analysis of Otherness]. Saratov; 1997. (In Russ.).
25. Akgun F. Parents' attitudes and opinions towards their children's use of technology. *International Journal of Research in Education and Science (IJRES)*. 2023; 9 (3).
26. Becker H. *Outsiders: Studies in Sociology of Deviance*. New York; 1963.
27. Cohler B.J., Hammack P.L. The psychological world of the gay teenager: Social change, narrative, and "normality". *Journal of Youth and Adolescence*. 2007; 36.
28. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs; 1963.
29. Hammack P.L., Toolis E. Narrative and the social construction of adulthood. *New Directions in Child and Adolescent Development*. 2014; 145.
30. Hammond S.P., D'Arcy J., Polizzi G. Connection brokers: How educators work within and between social networks to cultivate community digital resilience to support children with disabilities using the Internet. *New Media & Society*. 2023. URL: <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/91271>.
31. Ibrahim S., Vasalou A., Benton L., Clarke M. A methodological reflection on investigating children's voice in qualitative research involving children with severe speech and physical impairments. *Disability & Society*. 2022; 37 (1).
32. Kocamaz E.B., Akça K., Uygun Ş. The use of Internet and technological devices in children with disability from the perspective of parents. *Technology and Disability*. 2021; 33 (3).
33. Lewis-Dagnell S., Parsons S., Kovshoff H. Creative methods developed to facilitate the voices of children and young people with complex needs about their education: A systematic review and conceptual analysis of voice. *Educational Research Review*. 2023; 39.

34. Mills C.M., Goldstein T.R., Kanumuru P., Monroe A.J., Quintero N.B. Debunking the Santa myth: The process and aftermath of becoming skeptical about Santa. *Developmental Psychology*. 2024; 60 (1).
35. Montreuil M., Carnevale F.A. A concept analysis of children's agency within the health literature. *Journal of Child Health Care*. 2016; 20 (4).
36. Oliver M. Social policy and disability: Some theoretical issues. *Disability, Handicap & Society*. London; 2007.
37. Shakespeare T. The social model of disability: An outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*. 2001; 2.
38. Sorbring E., Kuczynski L. Children's agency in the family, in school and in society: Implications for health and well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2018; 13 (Supplement 1).
39. Wolfensberger W. *Advanced Issues in Social Role Valorization Theory*. Plantagenet; 2012.