

Викжанович С.Н., Синевич О.Ю., Четверикова Т.Ю.  
Омский государственный педагогический университет,  
г. Омск, Россия

## МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ НАВИГАЦИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ В ЗДОРОВЬЕ

В статье сообщается об особенностях медико-педагогической навигации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Семьи этого типа рассматриваются в качестве особой социальной группы в связи с эмоциональным переживанием трудной жизненной ситуации, связанной с болезнью ребёнка. На примере медико-педагогического консультативного пункта, функционирующего в структуре ФГБОУ ВО ОмГПУ, освещаются организационно-содержательные аспекты деятельности специалистов с целью формирования реабилитационной культуры семей по каждому её аспекту: аксиологическому, когнитивному, праксиологическому. Изучены и проиллюстрированы примерами запросы родителей на содержание специализированной помощи со стороны педиатров и педагогов-дефектологов. В работе с родителями выделено 4 этапа, отражены профессиональные стратегии специалистов на каждом из них.

**Ключевые слова:** медико-педагогический консультативный пункт; семья; воспитание ребёнка с ограниченными возможностями здоровья; персонализированная помощь; реабилитация; образовательная модель; специальное и инклюзивное образование; оздоровительная и коррекционная работа

Vikhanovich S.N., Sinevich O.Yu., Chetverikova T.Yu.  
Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia

### MEDICAL AND PEDAGOGICAL NAVIGATION AND FORMATION OF THE REHABILITATION OF THE CULTURE OF FAMILIES UPBRINGING CHILDREN WITH HEALTH PROBLEMS

The article reports on the peculiarities of medical and pedagogical navigation of families raising children with disabilities. Families of this type are considered as a special social group due to the emotional experience of a difficult life situation associated with the child's disease. On the medical and pedagogical Advisory point example which functions in the structure of Omsk state pedagogical University, the organizational and substantial aspects of specialist's activity with the goal of creating a rehabilitation culture of families in every aspect: axiological, cognitive, praxeological are displayed. The requests of parents for the maintenance of specialized assistance from pediatricians and defectologists teachers are studied and illustrated by examples. There are 4 stages of activity with parents, professional specialist's strategies on each of them are displayed.

**Key words:** medical and pedagogical advisory point; family; upbringing a child with disabilities; personalized help; rehabilitation; educational model; special and inclusive education; health and remedial work

Одним из ключевых приоритетов государственной национальной политики России является обеспечение благополучия детей и социальная поддержка семей. Период с 2018 по 2027 годы объявлен в нашей стране Десятилетием детства. Это закреплено в законодательном уровне, что следует из Указа президента № 240 от 29 мая 2017 года. В данной связи различными регионами России определяется стратегия обновления парадигмы общественного развития для повышения качества жизни семьи с детьми. В этом контексте остро встал вопрос о необходимости оказания государственной помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и

инвалидностью за счёт консолидации усилий родителей, медицинских и педагогических работников, психологических служб, общественных организаций, всех заинтересованных представителей социума в целом.

Как следует из многочисленных исследований педиатров и дефектологов, дети с ОВЗ представляют собой весьма обширную группу не только в возрастном диапазоне. Она полиморфна как в клиническом, так и в психолого-педагогическом аспекте. В данной связи каждая семья, воспитывающая ребёнка с ОВЗ, нуждается в персонализированной помощи, адресный характер которой должен определяться с учётом его возможностей, ограничений, картины заболевания, интересов, социокультурного опыта.

Нельзя не согласиться с утверждением о том, что семью, в которой растёт ребёнок с ОВЗ, нужно рассматривать в качестве особой социальной группы, поскольку она поставлена перед необходимо-

#### Корреспонденцию адресовать:

СИНЕВИЧ Ольга Юрьевна,  
644099, г. Омск, Набережная Тухачевского, д. 14,  
ФГБОУ ВО ОмГПУ Минобрнауки России.  
Тел: +7 (3812) 23-12-20. E-mail: sinevich.olga@mail.ru

стью выполнять дополнительную функцию, выражающуюся в совладании с трудной жизненной ситуацией. Такой ситуацией является болезнь ребёнка, детерминирующая цель, содержание деятельности, смысложизненные ориентиры его близких взрослых.

Сложности семей рассматриваемого типа, как отмечает Е.Д. Красильниковой, довольно многообразны, что обуславливает необходимость их целенаправленного сопровождения. В частности, в связи с рождением больного ребёнка родители демонстрируют низкую степень активности в реабилитационном процессе, высокую фрустрированность, наличие психологической травмы и некоторые иные особенности [1].

Согласно материалам исследования М.Н. Фейзопуло, длительный период времени семьи, воспитывающие детей с нарушениями в развитии, рассматривались в качестве объекта специализированной помощи. Лишь недавно в этом отношении произошла смена вектора. Государством и обществом отмечается субъектность такой семьи. Параллельно с этим признаётся её высокий потенциал в успешной реализации реабилитационного процесса и социализации ребёнка с ОВЗ [2]. Несомненно, использование этого потенциала оказывается возможным лишь при непосредственном участии специалистов. Они, осуществляя гибкое сопровождение семьи, её медицинскую и психолого-педагогическую навигацию, содействуют принятию родителями адекватных решений с целью преодоления либо минимизации проблемных вопросов и одновременно с этим обеспечивают формирование у них реабилитационной культуры как особой системы, включающей ряд компонентов: аксиологический (ценностный), когнитивный, праксиологический. Их сущностный смысл получил отражение в материалах исследования Е.М. Старобиной [3].

Так, реабилитационная культура в аксиологическом аспекте, базируясь на гуманистических принципах и ценностях, ориентирована на обеспечение социальной компенсации нарушений, на инкультурацию ребёнка с ОВЗ за счёт его планомерного включения в сложную систему общественных отношений. В свою очередь, когнитивный компонент предусматривает накопление интегрированных знаний и формирование практического опыта, что даёт возможность реализовать коррекционно-реабилитационный процесс в определённой логике, наполнить его необходимым содержанием, исходя из особых образовательных потребностей ребёнка. И, наконец, в соответствии с праксиологическим компонентом

реабилитационной культуры родители овладевают комплексом таких способностей и навыков, которые обеспечивают грамотность в психогигиеническом, лечебном, педагогическом, коммуникативном и иных планах. Более того, родители приобретают умения социального адвокатирования, что представляется важным для защиты прав ребёнка, для восстановления (сохранения, укрепления) физического, психического, социального здоровья семьи в целом.

В целях удовлетворения запросов родителей (законных представителей), воспитывающих детей с ОВЗ, на комплексную и при этом индивидуализированную помощь со стороны квалифицированных специалистов возникла необходимость создания медико-педагогического консультативного пункта (МПКП). Его работа организована на базе регионального ресурсного центра инклюзивного образования, функционирующего в структуре Омского государственного педагогического университета.

Освещая организационно-содержательный аспект деятельности МПКП, отметим, что специалистами осуществляются приёмы родителей (законных представителей), воспитывающих детей раннего, дошкольного и школьного возраста различных нозологических групп: с аутизмом и умственной отсталостью, с патологией органов слуха и зрения, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а также с иными нарушениями в развитии, в том числе множественными.

Разноплановыми являются задачи, решаемые специалистами МПКП. К числу основных задач относятся следующие:

- уточнение диагноза ребёнка, выявление факторов риска, обуславливающих ухудшение состояния здоровья;
- оформление рекомендаций относительно дальнейшего прохождения медицинского обследования (в случае обнаружения симптомов, указывающих на наличие возможного, но не выявленного ранее заболевания);
- разработка персонализированной программы профилактических и оздоровительных мероприятий, ориентированных на совершенствование функций организма, укрепление физического и психического здоровья ребёнка;
- выявление/уточнение особых образовательных потребностей ребёнка с учётом структуры его нарушения на основе результатов психолого-педагогической диагностики;
- разработка (изменение, корректировка) индивидуализированной траектории развития ребёнка,

#### Сведения об авторах:

ВИКЖАНОВИЧ Светлана Николаевна, канд. пед. наук, доцент, кафедра дефектологического образования, ФГБОУ ВО ОмГПУ, г. Омск, Россия.

E-mail: vikzhanovich@omgpu.ru

СИНЕВИЧ Ольга Юрьевна, канд. мед. наук, доцент, кафедра дефектологического образования, ФГБОУ ВО ОмГПУ, г. Омск, Россия.

E-mail: sinevich.olga@mail.ru

ЧЕТВЕРИКОВА Татьяна Юрьевна, канд. пед. наук, доцент, зав. кафедрой дефектологического образования, ФГБОУ ВО ОмГПУ, г. Омск,

Россия. E-mail: t\_chet@omgpu.ru

включающей лечебно-коррекционные мероприятия и техники реабилитации средствами образования;

- оказание помощи родителям в выборе приемлемой для ребёнка программы и модели получения образования (по адаптированной программе в специальном классе или по основной общеобразовательной программе в условиях инклюзивной практики; в очной, заочной либо очно-заочной форме);

- обеспечение контроля за динамикой развития ребёнка в процессе повторных консультативных приёмов;

- содействие оптимизации внутрисемейного микроклимата, в том числе через оказание помощи родителям в преодолении психотравмирующих ситуаций, порождающих кризис в детско-родительских и/или семейно-брачных отношениях;

- просвещение родителей (законных представителей) в вопросах воспитания, всестороннего развития, реализации оздоровительной и коррекционной работы в условиях семьи и др.

Остановимся на особенностях решения некоторых из указанных выше задач специалистами МПКП.

Предварительно отметим, что основная часть обращений от их общего числа (около 60 %) связана с запросами родителей (законных представителей) на оказание помощи в определении приемлемой для ребёнка с ОВЗ образовательной модели, в том числе на этапе предстоящего школьного обучения. Как правило, это касается выбора между системой специального и инклюзивного образования. В последнем из указанных случаев речь идёт о совместном обучении ребёнка с ОВЗ с его нормотипичными сверстниками в учреждении общего типа [4].

Как показывает практика, начальный запрос родителей нередко выступает в виде отправной точки, определяющей особенности последующего

взаимодействия семьи и специалистов. Это первый этап работы.

В ходе первичного приёма большинству родителей бывает крайне сложно конкретизировать суть своего обращения. Нерезко констатируется лишь наличие проблемы, перечисляется набор разрозненных, порой противоречащих друг другу диагностических и прогностических маркеров, что перемежается с указанием на некоторые особенности поведения ребёнка в различных бытовых ситуациях, которое не соответствует ожиданиям взрослых членов семьи.

Сведения о наиболее типичных запросах родителей на консультативную помощь со стороны специалистов МПКП (на примере 86 обращений) получили отражение в таблице.

Как следует из таблицы, родителей преимущественно беспокоят вопросы образования ребёнка и оказания ему квалифицированной коррекционной помощи: количество обращений по этому поводу составляет более 50 %.

Нельзя не отметить очевидный факт, свидетельствующий о сложностях определения отдельными родителями (12,8 %) конкретных ожиданий от деятельности специалистов, что позволяет указать на отсутствие их готовности к участию в реабилитационном процессе и на недостаточное, а порой неверное понимание его сущности. Это не во всех случаях обусловлено низкой мотивацией семьи к включению в коррекционно-образовательные мероприятия и стремлением делегировать специалистам даже традиционные воспитательные функции. Встречаются практики, при которых имеющаяся у ребёнка патология осложняется социокультурным контекстом его развития, препятствуя интеграции в общество, освоению адекватных моделей взаимодействия с окружающими людьми. Проиллюстрируем представленный выше тезис примером.

**Таблица**  
**Содержание первичных запросов родителей на специализированную помощь**  
**Table**  
**Content of parents' requests for specialized assistance**

Содержание запросов	Число обращений (%)
Выбор приемлемой для ребёнка образовательной модели: в системе специального или инклюзивного образования	54,7
Определение содержания коррекционно-образовательного маршрута и его последующая реализация специалистами	17,4
Отсутствие чёткого запроса на специализированную помощь со стороны специалистов	12,8
Разработка программы коррекционно-педагогической работы и обучение способам её реализации в условиях семьи	10,5
Уточнение диагноза, определение содержания оздоровительной работы, реабилитационных процедур	4,6

**Information about authors:**

VIKZHANOVICH Svetlana Nikolaevna, candidate of pedagogical sciences, docent, department of defectology education, Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia. E-mail: vikzhanovich@omgpu.ru

SINEVICH Olga Yurievna, candidate of medical sciences, docent, department of defectology education, Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia. E-mail: sinevich.olga@mail.ru

CHETVERIKOVA Tatiana Yurievna, candidate of pedagogical sciences, docent, head of the department of defectology education, Omsk State Pedagogical University, Omsk, Russia. E-mail: t\_chet@omgpu.ru

За консультацией к специалистам обратились мать и тётя мальчика 6 лет с диагнозом «Общее недоразвитие речи (II уровень), обусловленное сенсомоторной алалией». Ребёнок только в течение полугода посещает логопедические занятия в специализированном детском саду. Во время консультации было обращено внимание на то, что развитие ребёнка осуществляется в билингвальной среде, в частности, в условиях узбекско-русского двуязычия.

В ходе консультативного приёма мать сообщила, что логопед проводит занятия на русском языке, при взаимодействии с ребёнком в условиях семьи все взрослые также используют только русский язык, но между собой общаются на узбекском. Мать была убеждена, что узбекского языка её сын не знает. Во время консультативного приёма был проведён небольшой эксперимент. Мать попросили предъявить своему сыну серию из 5 коротких инструкций на узбекском языке. Каждая из них (дай карандаш, возьми мяч, покажи красный кубик и т.п.), была адекватно понята ребёнком на его национальном языке, что подтверждалось верным выполнением действий.

Эксплицируя данный феномен, специалисты сообщили родственникам мальчика, что собственно билингвизм не явился причиной речевой патологии. Однако диагноз поставлен неверно. В связи с относительной сохранностью смысловых и сенсомоторных операций у ребёнка отмечается моторная (экспрессивная) алалия. Мальчик способен понимать содержание речевой продукции (простых по структурно-семантической организации фраз) на обоих языках, но языковые операции процесса порождения речевого высказывания являются нарушенными.

Адекватно поставленный либо уточнённый диагноз (как в описанном выше случае, так и в подобных) позволяет в дальнейшем обеспечить разработку реабилитационной программы с учётом особых образовательных потребностей пациента, составить для него индивидуальный маршрут развития.

После первого приёма, имеющего диагностическую направленность, родители уточняют свои пожелания относительно содержания последующей специализированной помощи. Спектр вопросов становится значительно шире, их количество возрастает. Более 70 % семей записываются на повторные приёмы, демонстрируют намерение активно участвовать в процессе психолого-педагогического сопровождения ребёнка, выражая доверие профессиональным действиям специалистов и выполняя их рекомендации.

В отдельных случаях единичный приём может оказаться вполне достаточным и исчерпывающим. Это возникает в связи с необоснованной тревогой родителей в отношении хода развития ребёнка, соответствия этого развития показателям возрастной нормы. Например, за консультативной помощью к специалистам обратился отец, воспитывающий дочь в возрасте 3 лет. Его беспокоило

отсутствие в речи ребёнка звуков [р] и [ш]. После логопедического обследования установлено, что ход речевого развития девочки является нормальным. Это проявляется в достаточном для её возраста объёме словаря, в наличии фраз разного типа, соответствующих по структуре не только простым, но и сложным предложениям, в освоении произношения звуков раннего онтогенеза. Отсутствие в речи ребёнка трёх лет звуков позднего онтогенеза является нормальным, не даёт оснований делать заключение о неполноценности развития в рассматриваемом аспекте.

Несмотря на то, что описанная ситуация и подобные ей случаи не предполагают оказания ребёнку специализированной помощи, специалисты относятся к таким консультативным приёмам с большим вниманием. Иррациональное беспокойство родителей может оказать крайне негативное влияние на избираемый ими стиль воспитания, модель взаимодействия со своим ребёнком, приводит к порождению новых страхов и тревог, в результате чего обуславливает снижение качества жизни семьи. В этой связи на таких консультациях родители получают максимально развёрнутые и мотивированные ответы на интересующие их вопросы, а также рекомендации, позволяющие оптимизировать детско-родительские отношения.

Подавляющее большинство всех обращений показывает, что единственного приёма у дефектолога и педиатра оказывается недостаточно.

Последующие приёмы, как и первый, имеют исключительно адресную направленность. Однако теперь (на втором этапе работы) специалисты не только удовлетворяют потребность семьи в решении волнующего их вопроса, но и помогают родителям обнаружить изначально скрытые от них проблемы, что, несомненно, препятствует полноценному развитию ребёнка, коррекции имеющихся у него нарушений. С этой целью изучению подвергаются фактические данные медицинского и психолого-педагогического содержания. Кроме того, специалисты привлекают консультируемых к процессу наблюдения за поведенческими и иными реакциями детей. Взрослый, представляющий интересы ребёнка с ОВЗ, становится непосредственным участником коррекционных занятий, параллельно выполняющих диагностическую и обучающую функцию, что позволяет взрослым членам семей осознать целесообразность последующей коррекционно-образовательной деятельности и включиться в неё. Так, например, в соответствии с инструкцией дефектолога мать привлекает внимание своего ребёнка к той или иной игрушке, выступает с инициативой совместно выполнить игровые действия либо ассистирует специалисту, оказывая ему помощь в организации и проведении психолого-педагогического обследования. На этом этапе работы происходит «запуск» механизмов, необходимых для формирования и последующего развития реабилитационной культуры семьи. Проиллюстрируем это частными примерами из практики.

За консультативной помощью в МПКП обратилась мать, воспитывающая мальчика в возрасте 6 лет. Ребёнку диагностирована лёгкая умственная отсталость (F-70 по МКБ-10). Семья ребёнка проявляла беспокойство относительно состояния его речи, особенно на этапе предстоящего школьного обучения. Согласно характеристике родителей, ребёнок не научился читать печатными буквами, его высказывания лишены ясности в связи с их информативной обеднённостью и нелогичностью, а также по причине многочисленных нарушений звукопронизности.

Комплексное логопедическое обследование речи мальчика позволило получить более точные представления о состоянии его вербальной практики. В доступной для родителей форме были отражены все проявления системного недоразвития речи, отмечающиеся в конкретном случае. Кроме того, в рамках дополнительного обследования, реализованного дефектологом, обнаружен комплекс иных проблем (ранее скрытых от родителей и в этой связи оставшихся без их внимания). Так, помимо нарушений неречевых психических процессов (мышления, памяти и т.д.), выявлено недоразвитие моторной сферы, игровой деятельности, эмоциональности и др.

Подготовленная специалистами развёрнутая картина развития ребёнка стала основанием для конструирования индивидуального образовательно-реабилитационного маршрута: его содержательного и организационного компонентов. По согласованию с родителями в маршрут включены логопедические и образовательно-реабилитационные занятия со специалистами узкого профиля (логопедом и учителем-дефектологом); оздоровительные мероприятия, рекомендованные педиатром. Кроме того, обсуждена роль и доля участия семьи в реализации спроектированной индивидуализированной системы коррекционно-педагогического воздействия. С этого момента (третий этап работы) осуществляется пролонгированная медико-педагогическая навигация семьи. Родители включаются в реализацию конкретных видов деятельности для устранения выявленных у ребёнка отклонений в развитии, обогащения его социального опыта, а также фиксируют все обнаруживаемые достижения и трудности. Удобнее всего это осуществлять в формате «Дневника событий жизни ребёнка». Такого рода оригинальный инструмент, предложенный О.Б. Чепелкиной, позволяет не только оптимизировать мониторинговую деятельность, но и способствует формированию реабилитационной культуры семей, в которых воспитываются дети с ОВЗ [5]. Предложенная автором структура дневника может быть модифицирована с учётом возрастных и иных особенностей ребёнка, а также в соответствии с пожеланиями его родителей, творческая инициатива которых в данном случае поощряется. Специалисты постоянно взаимодействуют с семьёй, при необходимости совместно вносят изменения в индивидуальный образовательно-реабилитационный маршрут на основании

результатов рубежной диагностики, периодичность проведения которой составляет, как правило, один раз в три месяца.

Временные рамки третьего этапа работы не являются строго фиксированными, находясь в зависимости от достижений ребёнка и запроса родителей на интенсивность их сопровождения со стороны специалистов. Как показывает практика, минимальная продолжительность третьего этапа составляет 4 месяца (для 19,8 % семей), максимальная — до полутора лет (для 16,3 % семей).

По мере формирования реабилитационной культуры семьи, по каждому её аспекту (аксиологическому, когнитивному, праксиологическому), родители обретают большую самостоятельность, демонстрируя готовность к осуществлению различных видов коррекционно-образовательной деятельности в соответствии с приобретёнными знаниями и опытом. В этой связи организация и содержание медико-педагогической навигации семей меняется. На данном (четвёртом) этапе работы родители нуждаются преимущественно в эпизодических консультациях со стороны специалистов, в направляющей и стимулирующей помощи с их стороны, нередко проявляют высокую степень активности в реабилитационном процессе. Чаще всего консультативные приёмы инициируются родителями, когда они сталкиваются с нетипичными ситуациями и вынуждены решать новые задачи. Например, это отмечается в связи с возникновением кризиса соответствующего детского возраста; на этапе адаптации к новой для ребёнка социальной роли (ученик), к условиям иной образовательной среды (поступление в школу, перевод в иную образовательную организацию и др.) и т.д. Опыт реализации реабилитационной работы постоянно обогащается и совершенствуется на основе тех знаний и практических навыков, которые семья освоила ранее. Родители приобретают уверенность в принятии решений, связанных с определением оптимальных средств воспитания, выбором приёмов коррекционно-педагогического воздействия. Это является показателем по меньшей мере удовлетворительного уровня реабилитационной культуры семьи, её готовности к оказанию помощи ребёнку вне зависимости от тяжести его нарушения, от структуры дефекта.

Таким образом, семья, воспитывающая ребёнка с той или иной патологией, нуждается в пролонгированной навигации со стороны медицинских и педагогических работников, в адресной помощи с их стороны. Благодаря этому родители учатся справляться с неблагоприятными, в том числе стрессовыми ситуациями. Включаясь в процесс сопровождения ребёнка, реализуя его при профессиональной поддержке специалистов, родители овладевают реабилитационной культурой, системообразующими компонентами которой выступают аксиологический (ценностный), когнитивный, праксиологический. Это представляет собой важное условие повышения качества жизни семей с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

**Информация о финансировании и конфликте интересов**

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:**

1. Krasilnikova ED. Psychological support of families, raising children different alterations of psychologic development disorders. *Bulletin of the Tver State University. Series: Pedagogy and psychology*. 2012; 1: 50-58. Russian (Красильникова Е.Д. Психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с различными вариантами нарушения психического развития // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2012. № 1. С. 50-58.)
2. Feizopulo MN. Pedagogical basis for the rehabilitation of a family raising a child with disabilities: The author's abstract of the dissertation of the candidate of pedagogical sciences. Ulyanovsk, 2004. 24 p. Russian (Фейзопуло М.Н. Педагогические основы реабилитации семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Ульяновск, 2004. 24 с.)
3. Starobina EM. On studying the rehabilitation potential of families raising children with disabilities. *Izvestia Herzen University Journal of Humanities & Science*. 2018; 190: 63-69. Russian (Старобина Е.М. Об изучении реабилитационного потенциала семьи, воспитывающей ребёнка с ограниченными возможностями здоровья // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2018. № 190. С. 63-69.)
4. Kuzmina OS. Preparing teachers for work in the conditions of inclusive education: The author's abstract of the dissertation of the candidate of pedagogical sciences. Omsk, 2015. 23 p. Russian (Кузьмина О.С. Подготовка педагогов к работе в условиях инклюзивного образования: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Омск, 2015. 23 с.)
5. Chepelkina OB. The role of the «Diary of events in the life of the child» in shaping the life competences and social inclusion of pupils with intellectual disabilities. *Inkluzivnoe obrazovanie: teorija i praktika: Materials of the III All-Russian scientific-practical conference with international participation*. Orekhovo-Zuevo, 2018. P. 321-325. Russian (Чепелкина О.Б. Роль «Дневника событий жизни ребёнка» в формировании жизненных компетенций и социальной инклюзии школьников с ментальными нарушениями // Инклюзивное образование: теория и практика: Матер. III Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Орехово-Зуево, 2018. С. 321-325.)

\* \* \*