

УДК 159.922

*И.Е. Валитова*

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Проблема оценки эффективности вмешательства является одной из ключевых в клинической (медицинской) психологии. В отечественной литературе исследования, в которых проводится оценка эффективности использования какой-либо педагогической технологии в работе с детьми с особенностями психофизического развития, не представлены. Автором разработана и апробирована технология работы с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в развитии или особенности психофизического развития в рамках педагогики Монтессори. Разработана и апробирована также технология оценки эффективности лечебной педагогики Монтессори. Используется понятие уровня достижений ребенка, что дает возможность оценки эффективности без использования метода контрольной группы. Терапия Монтессори показывает высокую эффективность за короткий период ее применения: у детей повышается активность и интерес к занятию, улучшаются отношения с педагогами, совершенствуются способы действий с предметами, развиваются познавательные процессы.

### **Введение**

Использование технологий, призванных оказать воздействие на состояние психики человека, на процесс и результаты психического развития ребенка, далеко не всегда подвергается квалифицированной оценке эффективности этих технологий. В работе с детьми оценка эффективности педагогического вмешательства наталкивается на трудность методологического характера: как разделить оценку продвижений ребенка в освоении знаний, умений и навыков и оценку показателей его психического развития. В отечественной литературе нам не удалось найти исследований, в которых проводится оценка эффективности использования какой-либо педагогической технологии в работе с детьми с особенностями психофизического развития. Особенно важной становится задача оценки эффективности педагогического вмешательства в тех случаях, когда используется новая или модифицированная технология.

Цель нашего исследования – провести оценку эффективности педагогики Монтессори [1; 2; 3; 4] на новой категории пациентов – детях раннего возраста, (от рождения до трех лет). Разработанная Марией Монтессори педагогическая система направлена на развитие у ребенка собственной активности исходя из его внутренних потребностей, которые должны развернуться с помощью взрослых. Цели методики реализуются на основе двух принципов: принцип свободы и принцип индивидуальности. Система внутренних принципов и наиболее значимых элементов Монтессори-педагогики включает в себя специально подготовленную окружающую среду и педагога-наблюдателя. Специально разработанный Монтессори-материал включает в себя пять разделов, три из которых используются в работе с детьми раннего возраста: упражнения в навыках практической жизни, сенсорный материал и материал для развития речи.

Педагогика Монтессори технологически разработана для детей старше трех лет, хотя, по нашему предположению, она может использоваться и в более раннем возрасте. Мы апробировали технологию работы с детьми раннего возраста, имеющими особенности психофизического развития, в рамках педагогики Монтессори. Для работы с детьми данной категории используется лечебная педагогика Монтессори, а форма ее применения обозначается как терапия Монтессори [3; 4]. Поэтому

перед нами и встала задача оценить эффективность использования терапии Монтессори в работе с детьми раннего возраста с особенностями психофизического развития.

Проблема оценки эффективности интервенции является одной из ключевых в клинической (медицинской) психологии. Оценка эффективности вмешательства рассматривается как необходимый элемент этапа интервенции, при этом считается необходимым оценить эффективность любого метода терапии, в том числе психотерапевтических систем и конкретных методов. «Главной целью исследования клинико-психологической интервенции должна быть постоянная оптимизация обслуживания пациентов; а это возможно лишь при наличии непрерывающейся обратной связи между исследованием и практической клинико-психологической деятельностью» [5, с. 442]. Оценка эффективности методик работы с пациентами позволяет отобрать действительно эффективные методики, что позволит уменьшить затраты общества на обслуживание пациентов.

В базовом руководстве по психотерапии, в статье «Оценка эффективности психотерапии» [6], описывается 16 основных предпосылок, необходимых для решения проблемы оценки эффективности психотерапии, и при этом подчеркивается: «Очевидно, что необходимость учета отмеченных выше предпосылок, критериев, результатов исследований с помощью адекватных этим критериям методов (а в конечном счете – множества самых разнообразных переменных) для оценки эффективности психотерапии создает почти непреодолимые трудности при решении этой проблемы» [6, с. 475].

Оценка эффективности в клинической психологии основана на применении фазовой модели [5], согласно которой она проводится на разных стадиях использования метода. Так, оценка эффективности может проводиться в фазе внедрения в практику новой концепции, в фазе изучения отдельных случаев, в фазе первой глобальной проверки. Одним из вариантов является систематическая оценка при реализации метода на практике, а также перепроверка практики при устойчивом использовании метода. В разных случаях оценка эффективности направлена на достижение разных целей. При оценке эффективности применяется также подход с точки зрения макро- и микроперспективы. Микроперспектива – это оценка эффективности данной методики в конкретном случае ее использования для конкретной группы пациентов. Макроперспектива – это оценка значимости методики для определенных популяций, и тогда интервенция рассматривается как услуга, предлагаемая обществу, поэтому для обеспечения гарантий качества предоставляемых услуг необходима оценка их эффективности.

Для оценки эффективности психотерапевтического вмешательства применяется метод контрольной группы. «Чтобы исключить спонтанную ремиссию как альтернативное объяснение успеха терапии, Г. Айзенк счел необходимым использовать в исследовании интервенции методику контрольных групп, т.е. некий основной принцип экспериментальной психологии» [5, с. 441]. В этом смысле к коррекционной работе с детьми применима модель формирующего эксперимента, который состоит из трех этапов: констатирующего, собственно формирующего и контрольного. Констатирующий и контрольный этапы по сути своей являются диагностическими ситуациями, а собственно формирующий этап представляет собой коррекционно-педагогическую работу с ребенком. На констатирующем и контрольном этапах эксперимента используются одни и те же диагностические методики, что обеспечивает возможность содержательного сравнения уровня развития ребенка до и после проведения коррекционной работы. Однако встают следующие вопросы: не являются ли зафиксированные изменения результатом естественного возрастного развития ребенка, и не появились ли они независимо от вмешательства специалиста? Доказа-

тельно ответить на них можно, используя метод контрольной группы.

Но мы столкнулись с серьезной проблемой – проблемой создания контрольной группы. Контрольную группу не удастся создать по следующим причинам:

1) в качестве контрольной группы не могут быть взяты дети, не имеющие нарушений развития, так как сравнение результатов экспериментальной и контрольной групп будет в этом случае некорректным;

2) на лечение (то есть в экспериментальную группу) поступают конкретные дети определенного возраста, с определенными нарушениями (по диагнозу и степени тяжести), поэтому оценивать эффективность лечебной педагогики необходимо у тех детей, которые прошли лечение, а не только у детей определенного возраста и с конкретным нарушением;

3) контрольная группа должна состоять из детей, отобранных по определенным параметрам так, чтобы она повторяла по составу экспериментальную группу (по количеству детей определенного возраста, по возрасту детей, по виду нарушения развития у них, по степени тяжести нарушения); собрать такую группу не представляется возможным, или на это потребуется много времени, возможно, годы;

4) и самое главное, это причины этического порядка: специалисты, зная, что ребенку необходимо оказывать помощь, не оказывают ее, так как им необходимо оценить, как будет развиваться ребенок в условиях, когда ему помощь не оказывается. Возникает вопрос: почему одним детям специальная помощь оказывается, а другим детям – нет? Только потому, что они случайно попали в контрольную группу? М. Перре и У. Бауманн утверждают: «Концепция «никакого лечения» проблематична и с этической, и с клинической точек зрения. Нельзя надолго откладывать интервенцию; а в амбулаторной сфере этот вариант к тому же едва ли можно реализовать клинически, так как невозможно воспрепятствовать пациенту получить помощь в другом месте» [1, с. 442].

Все эти ограничения привели нас к мысли о том, что целесообразно оценивать не эффективность терапии Монтессори, а достижения ребенка в процессе терапии Монтессори. Другими словами, мы оценивали, какие изменения произошли с детьми в процессе занятий Монтессори-терапией, чего достиг ребенок, причем за относительно короткий срок, за 3–4 недели. Еще в 1960-е годы Кислер [5, с. 442] предложил мульти-модально формулировать успех терапии, то есть учитывать различные аспекты, касающиеся пациентов; эти же идеи применяются и в отечественной психотерапии [6]. Мы также ориентировались на необходимость разработки системы показателей, свидетельствующих о достижениях ребенка во многих областях.

При разработке показателей мы учитывали основные направления психического развития ребенка в раннем детстве, которое в первые три года жизни имеет сложную структуру: двигательное развитие, развитие ручных умений и действий с предметами, познавательное развитие, развитие понимания речи, развитие собственной речи, социальное развитие, развитие самостоятельности [7; 8]. У детей раннего возраста с поражениями центральной нервной системы наблюдаются различные нарушения двигательных и психических функций: основные движения, ручные движения и хватание, действия с предметами, общение со взрослыми, ориентировка в окружающем мире, познавательные способности, понимание речи и собственная речь, игра и навыки самообслуживания. Как правило, у ребенка наблюдаются множественные нарушения, так как все сферы развития взаимосвязаны. Поэтому при организации работы с детьми следует ориентироваться на необходимость коррекции нарушений развития во всех сферах, а при оценке достижений ребенка – на то, чтобы оценить его продвижения во всех сферах его развития.

*Методологїя оцєнки достїжєний ребєнка.* На первом этапе исследования была разработана система показателей продвижения ребенка при работе с материалом. В основу было положено понятие *уровня достїжєния* ребенка в процессе терапии, в работе с материалом. Понятие уровня позволяет говорить не только о том, с каким материалом работал ребенок, а что именно он делал с материалом, какими способами он работал с ним. Понятие уровня позволяет зафиксировать не столько знания, умения и навыки, которые приобрел ребенок, сколько изменения в способах выполнения деятельности в целом и отдельных действий, в изменении мотивационной составляющей, в изменении отношений ребенка с взрослыми.

Понятие «уровень» обозначает степень продвижения ребенка от простого к сложному, от несовершенного способа действий с материалом к более совершенному. Введение понятия «уровень выполнения действия» позволяет снять ограничения на процедуру оценки, которые вызваны возрастными особенностями ребенка, а также тем, что разные дети в процессе занятий работали с различными материалами. Выбор материалов для занятия зависит от возраста ребенка, степени тяжести его нарушений, его интересов.

На втором этапе исследования ребенок оценивался дважды по каждому показателю: в начале и в конце курса Монтессори-терапии. Оценка проводилась психологом совместно с педагогом Монтессори. При оценке достїжєний ребенка определялось, остался ли ребенок на том же уровне или передвинулся на другой, более высокий уровень.

Кроме того, каждый ребенок оценивался дважды по Мюнхенской функциональной диагностике развития (МФДР) [9]. Основным показателем в МФДР является *возраст развития* ребенка, определяемый в месяцах дифференцированно по разным сферам. Возможно определение возраста развития ручных движений, возраста перцепции, возраста понимания речи, возраста активной речи, возраста самообслуживания, возраста социального развития. Возраст развития детей с особенностями психофизического развития, как правило, не совпадает с их хронологическим возрастом – оказывается меньшим. Показатель возраста развития ребенка обозначает уровень его развития в конкретной сфере. При продвижении ребенка в развитии его возраст развития будет увеличиваться.

Вычислялось число детей, возраст развития у которых увеличился более чем на 1 месяц. Мы рассуждали следующим образом: ребенок занимался Монтессори-терапией менее 1 месяца (см. ниже продолжительность курса занятий), поэтому в обычных условиях, без терапевтического вмешательства, его возраст развития также должен увеличиться на 1 месяц. Однако если за это время у ребенка показатель возраста развития увеличился более чем на 1 месяц, то это является свидетельством его развития в условиях терапевтического вмешательства и может быть расценено как эффект Монтессори-терапии.

Продолжительность курса терапии Монтессори составляла 3–4 недели, за это время каждый ребенок получил от 9 до 15 занятий, в среднем – 12 занятий. Продолжительность каждого занятия была разной в зависимости от возраста ребенка – от 20 до 30 минут. В данной статье описываются результаты использования лечебной педагогики Монтессори с 52 детьми в возрасте от 4 месяцев до 3 лет и 4 месяцев.

Приведем результаты оценки эффективности, которая проводилась через оценку изменения уровня достїжєний детей от начала к концу курса занятий.

Таблица – Показатели возраста развития детей в начале и в конце сессии (по Мюнхенской функциональной диагностике развития)

Область развития	Число детей, подлежащих оценке в данной области	Число детей, возраст развития которых увеличился более чем на 1 месяц, %	Число детей, возраст развития которых изменился на 1 месяц и менее, %
Возраст ходьбы	50	2/4	48/96
Возраст ручных умений	50	19/38	31/62
Возраст перцепции	50	24/48	26/52
Возраст понимания речи	48	16/33,3	32/66,7
Возраст речи	50	5/10	45/90
Социальный возраст	50	10/20	40/80
Возраст самостоятельности	44	6/12	38/88
Всего показателей для оценки	342	82/24	260/76

Данные таблицы показывают, что 24% показателей возраста развития у детей улучшились более чем на 1 месяц. Наибольшие изменения произошли в показателях возраста перцепции, возраста ручных умений и возраста понимания речи. Наименьшие изменения произошли в показателях возраста ходьбы, возраста речи, возраста самостоятельности. У 40 детей (80%) отмечены изменения хотя бы одного показателя возраста развития, и это значит, что только у 10 детей (20%) не было изменений в показателях возраста развития. Как правило, это дети с тяжелыми нарушениями развития.

Далее представим результаты оценки продвижения детей по выделенным нами показателям: общая и познавательная активность, интерес детей к занятию, отношения ребенка с педагогом, способы действий с предметами, развитие навыков самообслуживания, формирование соотносящих действий, формирование способов сортировки-группировки, усвоение детьми сенсорных эталонов.

Изменения общей и познавательной активности оценивались у всех детей. Были выделены следующие уровни: 1 – пассивность ребенка, 2 – средний уровень активности, 3 – повышенная активность. К концу курса занятий резко уменьшается число пассивных детей (с 22 до 3), значительно возрастает число детей со средним уровнем познавательной и общей активности (с 27 до 40), хотя остается 3 детей, сохраняющих общую пассивность. Различия между данными на начало курса и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2_{\text{крит}} = 9,21$ ,  $\chi^2_{\text{эмп}} = 27,45$ ).

Интерес к занятию также оценивался у всех детей. Выделены следующие уровни: 1 – интерес отсутствует, 2 – интерес слабый, 3 – интерес средний, 4 – интерес высокий. От начала к концу курса занятий у детей существенно возрастает интерес к занятию: в конце курса нет детей, у которых отсутствует интерес к занятию, увеличивается

число детей со средним и высоким уровнем интереса к занятию (с 4 до 31 детей и с 4 до 15 детей соответственно). Различия между данными на начало курса и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2$  критическое = 13,277,  $\chi^2$  эмпирическое = 22,76).

Изменения в отношении ребенка с педагогом также оценивались у всех детей. Выделены следующие уровни: 1 – страх, тревога, нежелание общения, 2 – ребенок вступает в контакт, принимает предложения педагога, 3 – ребенок проявляет инициативу в общении. Отношения с педагогом существенно изменились от начала к концу курса занятий. У детей уменьшается страх и тревога (31 ребенок находился на этом уровне в начале курса, к концу курса таких детей не осталось совсем), повышается способность принять предложения педагога (с 19 детей в начале курса до 46 детей в конце курса), однако инициатива в общении наблюдается только у 6 детей к концу курса. Следовательно, основным достижением в общении с педагогами можно считать увеличение способности ребенка принять предложения педагога, что является очень важным показателем для детей раннего возраста. Различия между данными на начало курса и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2$  крит = 9,21,  $\chi^2$  эмп = 46,2).

Оценка развития у детей способов действий с предметами является одним из важнейших показателей оценки эффективности педагогической работы. В конце первого – начале второго года жизни ребенок овладевает соотносящими и орудийными действиями – это действия с двумя предметами одновременно. Для оценки уровня развития способов действий с предметами были определены их следующие уровни: 1 – простые манипуляции с предметами, то есть действия с предметами независимо от их свойств; 2 – ребенок производит с предметами только действия типа «разобрать»; 3 – ребенок производит целенаправленные попытки связать два предмета между собой; 4 – ребенок самостоятельно выполняет соотносящие и орудийные действия.

Оценка способов действий с предметами производилась на примере того, как ребенок совершает действия с игрушками типа «штырек и предмет с отверстием»: с пирамидками, ёмкостями с крышками, с ящиками с дверцами, с машинками со шнурком. Оценке подвергалось не количество детей, а количество случаев овладения действиями с предметами, так как один ребенок мог заниматься с несколькими игрушками. Всего оценивалось 48 действий с предметами, которые выполняли дети, их возраст варьировался от 7 месяцев до 3 лет, а возраст развития был не менее одного года.

Анализ результатов показал, что к концу курса занятий произошли существенные изменения способов действий ребенка с предметами. Различия между данными на начало курса и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2$  критическое = 11,345,  $\chi^2$  эмпирическое = 45,78). На одном и том же уровне не остался ни один ребенок, все дети перешли на уровень выше. В 26 случаях дети научились целенаправленно связывать между собой два предмета, тогда как на начало курса это наблюдалось только в 2 случаях. В 5 случаях дети выполняли соотносящие и орудийные действия полностью самостоятельно, тогда как на начало курса это не наблюдалось вообще. Главным достижением является тот факт, что дети переходят от простых примитивных манипуляций с предметами к более сложным способам действий: это наблюдалось в 31 случае, когда на начало занятий дети находились на первом уровне, а к концу курса перешли на один или два уровня выше.

В процессе Монтессори-терапии дети обучаются выполнять различные действия самообслуживания, такие как использование ложки, расстегивание и застегивание пуговиц, кнопок, выполнение шнуровки. Всего оценке было подвергнуто 37 случаев выполнения ребенком действий с этими предметами. Возраст детей варьировался от 1 года и 3 месяцев до 3 лет. Были определены следующие уровни выполнения действия по самообслуживанию: 1 – со значительной помощью взрослого; 2 – с частичной помо-

щью взрослого; 3 – полностью самостоятельно. Согласно полученным данным, на прежнем уровне дети остались в 10 случаях (27%). Перешли на более высокий уровень дети в 27 случаях (73%), а именно: с уровня 1 на уровень 2 – 15 случаев, с уровня 2 на уровень 3 – 7 случаев, с уровня 1 на уровень 3 – 5 случаев. Основным достижением детей является переход от выполнения задания с помощью взрослого к частично или полностью самостоятельному выполнению. Это означает повышение уровня овладения детьми действиями самообслуживания. Различия между данными на начало и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2$  критическое = 9,21,  $\chi^2$  эмпирическое = 29,9).

Далее мы оценивали достижения детей в познавательной сфере, а именно: умение соотносить между собой свойства предметов, формирование умений сортировать или группировать предметы по разным свойствам и усвоение детьми сенсорных эталонов цвета, формы, величины.

В Монтессори-терапии детям предлагался ряд заданий, которые прямо направлены на формирование действий, в процессе которых необходимо соотнести свойства двух предметов по одному признаку. Среди них цилиндры, которые нужно было поместить в соответствующее отверстие по высоте или диаметру цилиндра, плоские фигуры, соотносимые с формой и величиной отверстия на доске, стаканчики разного диаметра, которые необходимо было последовательно вложить друг в друга, кубики разных размеров для построения башни и др. Для оценки овладения детьми данными действиями мы определяли, как ребенок ориентируется в свойствах материалов, поэтому выделили следующие уровни: 1 – метод случайных проб; 2 – метод глобальной ориентировки; 3 – метод целенаправленных проб; 4 – частичное зрительное соотнесение; 5 – зрительное соотнесение.

Всего оценке подвергался 71 случай овладения детьми действиями с такими Монтессори-материалами, как цилиндры-вкладыши, рама с кругами, розовая башня, коричневая лестница, геометрический комод. В данной ситуации подвергались анализу также случаи овладения детьми действиями, так как каждый ребенок мог заниматься с несколькими материалами. Возраст детей варьировался от 1 года и 8 месяцев до 3 лет и 4 месяцев. Различия между данными на начало и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2$  крит. = 13,227,  $\chi^2$  эмп. = 60,09).

Без изменений остались действия только в 5 случаях (7%), в 66 случаях (93%) дети перешли с одного уровня на другой, а именно: с одного уровня на следующий – 24 случая, с одного уровня на два следующих – 29 случаев, с одного уровня на три следующих – 3 случая. Основное достижение детей состоит в том, что они переходят от случайных проб и глобальной ориентировки к целенаправленным пробам и зрительному соотнесению.

Оценка развития способов сортировки-группировки проводилась по следующим уровням выполнения задания: 1 – группировка (сортировка) отсутствует; 2 – группировка (сортировка) неустойчивая, с помощью взрослого; 3 – ребенок выполняет группировку (сортировку) самостоятельно, без ошибок. Детям предлагалось разложить на две группы предметы, отличающиеся одним признаком: образные игрушки и их изображения, геометрические формы, предметы разного цвета и величины.

Всего оценивалось 24 случая выполнения детьми действий сортировки-группировки, возраст детей варьировался от 1 года и 5 месяцев до 3 лет 4 месяцев. Различия между данными на начало курса и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2$  критическое = 9,21,  $\chi^2$  эмпирическое = 27,2). На одном и том же уровне (на 2-м) остались 3 ребенка, 21 ребенок (87,5%) перешел на один уровень выше. Основное достижение состоит в том, что дети переходят от неустойчивой группировки с помощью взрослого к самостоятельной группировке.

Оценка освоения детьми сенсорных эталонов проводилась на примере 16 детей, возраст которых варьировался от 2 лет до 3 лет и 4 месяцев. Были выделены следующие уровни овладения сенсорными эталонами: 1 – ребенок подбирает сходный предмет по образцу («дай такой же»); 2 – ребенок группирует предметы по форме, цвету, величине; 3 – ребенок показывает названный признак в предмете; 4 – ребенок сам называет признак в предмете (цвет, форма, величина).

Различия между данными на начало и на конец курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ,  $\chi^2_{\text{крит}} = 11,345$ ,  $\chi^2_{\text{эмпирическое}} = 15,6$ ). Только один ребенок остался на прежнем уровне, 15 детей (94 %) перешли на один более высокий уровень. Основное достижение детей состоит в том, что они переходят от группировки предметов по определенному признаку к указанию данного признака в предмете, то есть от второго к третьему уровню.

Таким образом, полученные данные позволяют нам сделать следующие выводы. В результате проведения Монтессори-терапии у детей раннего возраста с особенностями психофизического развития увеличиваются показатели возраста развития в разных сферах, особенно в сфере перцепции, развития ручных движений и самостоятельности, в понимании речи. У детей также появляется или поднимается на более высокий уровень интерес к занятию, к дидактическим материалам, повышается общая и познавательная активность. В общении с педагогом устраняются страх и тревога, ребенок вступает в контакт, принимает предложения педагога, появляется открытость в общении, совершенствуются способы действий с предметами, совершенствуются навыки самообслуживания, развиваются познавательные способности. Лечебная педагогика Монтессори в работе с детьми раннего возраста показывает свою высокую эффективность.

### **Заключение**

Теоретическое значение проведенного исследования состоит в том, что нам удалось оценить изменения в показателях психического развития детей, а не только в усвоении детьми знаний, умений и навыков. В практическом плане полученные данные важны тем, что они дают основание считать терапию Монтессори эффективной медико-педагогической системой, использование которой позволяет за короткое время добиться хороших результатов в работе с детьми раннего возраста с особенностями психофизического развития. Вместе с тем для педагогов полученные данные позволяют указать на те сферы развития ребенка, изменения в которых менее существенны, в частности, это сфера развития речи, а также определить тех детей, достижения которых незначительны, чтобы активизировать работу с ними. В целом терапия Монтессори может предлагаться пациентам как гарантирующая достижение значимых результатов реабилитации детей в раннем возрасте.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Монтессори, М. Дом ребенка. Метод научной педагогики / М. Монтессори ; пер. с итал. С.Г. Займовского. – СПб. 1993. – 336 с.
2. Сорокова, М.Г. Система Марии Монтессори: теория и практика : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.Г. Сорокова. – М. : Академия, 2006. – 384 с.
3. Anderlik, L. Ein Weg für alle! Leben mit Montessori : Montessori-Therapie und-Heilpädagogik in der Praxis / L. Anderlik. – Dortmund : Verlag modernes lernen, 1997. – 270 p.
4. Varadarajan, V. Montessori medical pedagogy: a handbook / V. Varadarajan, L. Anderlik. – Kerala, India. : Central Institute on Mental Retardation, 1993. – 232 p.
5. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – 1312 с.

6. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 1024 с.
7. Эльконин, Д.Б. Детская психология : учеб. пособие для вузов по направлению и психол. спец. / Д.Б. Эльконин ; ред.-сост. Б. Д. Эльконин – М. : Академия, 2004. – 384 с.
8. Валитова, И.Е. Детская психология : учеб.-метод. пособие / И.Е. Валитова, Е.А. Бирюкевич. – Брест : Изд-во БрГУ им. А.С. Пушкина, 2007. – 72 с.
9. Хелльбрюгге, Т. Мюнхенская функциональная диагностика развития : второй и третий год жизни / Т. Хелльбрюгге [и др.] ; под ред. Т. Хелльбрюгге. – Минск : Открытые двери, 1997. – 123 с.

***Valitova I.E. The Evaluation of Efficiency of Pedagogical Intervention into a Process of Development of a Disabled Child***

The problem of the evaluation of intervention efficiency is one of the key problems in a clinical (medical) psychology. In native literature there are no investigations, devoted to the evaluation of efficiency of any pedagogical technology using in a work with disabled children. The author worked out and approved the technology of working with early age children with disabilities in frames of Montessori pedagogy. The technology of the evaluation of efficiency of Montessori medical pedagogy in a working with these children was worked out and approved as well. The notion « level of child`s achievements» is used, which gives a chance to evaluate the efficiency without using the method of control group. The Montessori therapy demonstrates its high efficiency during a short period of its application: children`s activity and interest to a lesson and the relationships with teachers are improved, the modi operandi with objects become perfect, the mental processes are developed.

*Матэрыял наступіў у рэдкалегію 15.03.2010*