

## Психологические науки

УДК 159.99

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКИ МОНТЕССОРИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ**

**И.Е. Валитова**

*Брестский государственный университет  
им. А.С. Пушкина*

**Аннотация.** В статье представлена апробированная технология психологической экспертизы результативности лечебной педагогики Монтессори в работе с детьми раннего возраста с нарушениями развития. При оценке продвижения ребенка в педагогическом процессе используется понятие уровня достижений ребенка в значимых областях развития. Лечебная педагогика Монтессори показывает высокую результативность за короткий период ее применения.

**Ключевые слова:** психологическая экспертиза, дети раннего возраста с нарушениями развития, лечебная педагогика Монтессори, уровень достижений ребенка, результативность педагогической методики.

### **PSYCHOLOGICAL EXAMINATION OF EFFECTIVENESS OF MONTESSORI MEDICAL PEDAGOGY IN WORKING WITH EARLY AGE CHILDREN WITH DISABILITY**

**I.E. Valitova**

*Brest State University named after A.S. Pushkin*

**Abstract.** In the article the substantiation and results of the application of Montessori medical pedagogy (therapy) in the work with disabled early age children is presented. In the evaluation of child's achievements the notion « level of child's achievements» is used, which gives a chance to evaluate the

efficacy without using the method of control group. The Montessori therapy demonstrates its high efficiency during a short period of its application.

**Keywords:** psychological examination, early age children with disability, medical Montessori pedagogy, Montessori therapy, level of child achievement, effectiveness of pedagogical methods.

Использование технологий/методик, призванных оказать воздействие на состояние психики человека, на процесс и результаты психического развития ребенка далеко не всегда подвергается квалифицированной оценке их результативности. Выбор методов (методик) работы с детьми предполагает ориентацию на доказанную оценку их результативности. Особенно важно учитывать это положение при отборе методик для работы с детьми с нарушениями развития, так как коррекция отставания, задержки, искажения развития ребенка в максимально короткие сроки является условием нормализации жизнедеятельности и повышения качества жизни ребенка и его семьи. В отечественной литературе нам не удалось найти исследований, в которых проводится психологическая оценка эффективности использования какой-либо педагогической технологии в работе с детьми с нарушениями развития.

Проблема оценки результативности, или эффективности интервенции является одной из ключевых в клинической (медицинской) психологии. Оценка результативности вмешательства рассматривается как элемент этапа интервенции, при этом считается необходимым оценить результативность 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» [6, с. 324]. Очевидно, что оценка результативности методик работы с пациентами позволяет отобрать из них

действительно эффективные, что, соответственно, позволит и уменьшить затраты общества на обслуживание пациентов.

В базовом руководстве по психотерапии в статье «Оценка эффективности психотерапии» рассматривается 16 основных предпосылок, необходимых для решения проблемы оценки результативности психотерапии. Авторами подчеркивается: «Очевидно, что необходимость учета отмеченных <...> 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» [8, с. 475].

Оценка результативности в клинической психологии основана на применении фазовой модели [6], согласно которой она проводится на разных стадиях использования метода. Такая оценка может осуществляться в фазе внедрения в практику новой концепции, в фазе изучения отдельных случаев, в фазе первой глобальной проверки. Одним из вариантов является систематичная оценка при реализации метода на практике, а также перепроверка практики при устойчивом использовании метода. В разных случаях оценка результативности направлена на достижение разных целей. При оценке результативности 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.

В зарубежной науке и практике помощи детям с нарушениями развития проблема оценки эффективности разных систем/технологий/методик обсуждается достаточно

активно. Так, в системе раннего вмешательства оценка его эффективности является необходимым элементом этой системы [9; 15]. Для определения результативности разных видов вмешательства для детей с расстройствами аутистического спектра, таких как АВА-терапия, ТЕАССН-терапия, методика DIR-Floortime, используются тщательно разработанные процедуры оценки. В качестве показателей используются те, которые свидетельствуют об улучшении поведения ребенка и его коммуникации, а также об уменьшении типичной аутистической симптоматики. Оцениваются результаты терапии с помощью одной методики в сравнении с контрольной группой детей со сходными нарушениями, не получавшими терапии; рассматривается также сравнительная эффективность разных видов терапии на разных группах детей со сходными нарушениями [5; 16]. Причем, для создателей или адептов определенной методики характерно стремление доказать самую высокую эффективность именно этой методики по сравнению с другими, что объясняется, среди прочих факторов, также и коммерческими интересами создателей методик. Этот фактор может быть основанием для снижения достоверности данных об эффективности методик.

Заметим, что оценка эффективности помощи детям с нарушениями в развитии в нашей стране затруднена тем обстоятельством, что дети не получают терапии только с помощью одной методики/технологии. Как правило, специализированные коррекционные и реабилитационные учреждения предлагают разные методики, и родители нацелены на получение максимально возможной помощи, поэтому они не выбирают методики, а используют в максимальном объеме предлагаемые. Ограничения в выборе методик родители связывают только с финансовыми или организационными возможностями. Кроме того, не представляется возможным отследить, сколько и каких терапий получает ребенок одновременно. Это создает

дополнительные трудности при проведении исследований по оценке эффективности/результативности конкретных методик в работе с детьми с нарушениями развития.

В связи с этим, цель исследования, представленного в данной статье – разработать и апробировать систему оценки результативности лечебной педагогики (терапии) Монтессори в работе с детьми раннего возраста с нарушениями развития. В нашем исследовании оценка результативности педагогики Монтессори [1; 7; 10; 13; 14; 17] проводится на особой категории пациентов – дети раннего возраста, в период от рождения до трех лет. Педагогическая система Монтессори направлена на развитие разных сторон ребенка, поэтому мы предположили, что она может эффективно использоваться в системе комплексной помощи детям раннего возраста с нарушениями развития.

Необходимость оценки результативности обусловлена тем, что педагогика Монтессори в основном технологически разработана для детей старше трех лет, однако она все чаще используется и в более младшем возрасте [18]. Нами апробирована технология работы с детьми в рамках педагогики Монтессори с детьми раннего возраста с нарушениями развития (неврологические и психоневрологические диагнозы «Раннее органическое поражение ЦНС», «Детский церебральный паралич», «Расстройство аутистического спектра», «Задержка психомоторного развития», «Задержка психоречевого развития» и др.). Для работы с детьми данной категории используется лечебная педагогика Монтессори, а форма ее применения обозначается как терапия Монтессори [1; 13; 14; 17].

Планируя работу с детьми раннего возраста, к материалам из основного набора Монтессори мы добавили дополнительные материалы, которые соответствуют задачам развития ребенка раннего возраста. Для работы с детьми

раннего возраста были использованы следующие основные материалы Монтессори:

1. Упражнения в навыках практической жизни: переключивание ложкой; пересыпание кувшинами; рамы с липучками, замком-молнией, кнопками, крупными пуговицами; подметание, вытирание пыли, мытьё рук и стола.

2. Сенсорный материал: блоки с цилиндрами; розовая башня, коричневая лестница; цветные пластинки (ящики 1 и 2); упражнения на сортировку; демонстрационная рама; геометрический комод (рамы с кругами, треугольниками, прямоугольниками и квадратом); шершавые дощечки; шумящие бутылочки (3 контрастные пары).

3. Материалы для развития речи: реальные предметы и их уменьшенные копии; изображения предметов.

Кроме основного набора был подобран также дополнительный и адаптированный материал:

1. Материал для детей раннего возраста, используемый с целью обогащения сенсорного опыта (первый год жизни): наборы погремушек, издающих различные по тембру и громкости звуки; музыкальные инструменты (бубен, барабан, цимбалы); шуршащие материалы для звуковой стимуляции; наборы материалов, различающихся наощупь; сухие бассейны для тактильной стимуляции.

2. Материалы для выполнения действий с предметами: тянуть за веревочку: машинки, каталки со шнурками, банка с ленточками; нанизывание – снятие со штырька: вертикальные и горизонтальные штырьки с кольцами, кубиками различных размеров и цветов, пирамидки; открывание-закрывание: ёмкости с различными крышками, ящики с дверцами, ящиками; вбрасывание предметов разной формы и размера в ёмкости с разной величиной диаметра горлышка; игровые модули с различными кнопками, замками, ручками; орудийные действия: стучать молотком, ловить «рыбку» удочкой; конструирование; из кубиков, кирпичиков

по образцу, из геометрических фигур, картинки из двух частей.

3. Материалы для сортировки/группировки предметов.

***Проблемы оценки результативности терапии.*** В работе с детьми оценка результативности педагогического вмешательства наталкивается на трудность методологического характера: как дифференцировать оценку продвижений ребенка в освоении знаний, умений и навыков и оценку показателей его психического развития? Как правило, исследователями используется метод контрольной группы. Однако, данная задача оказывается особенно трудной в случае применения педагогических методик и технологий в работе с детьми с нарушениями развития, так как создание контрольной группы для исследования по ряду причин существенно затруднено, а часто и некорректно с этических позиций [2].

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 закономерен следующий вопрос: не являются ли зафиксированные изменения результатом естественного возрастного развития ребенка, и не появились ли они независимо от вмешательства специалиста? Достоверно с научных позиций ответить на этот вопрос можно только в случае использования метода контрольной группы.

Вместе с тем, мы столкнулись с серьезной проблемой, состоящей именно в создании контрольной группы. Причины, по которым контрольную группу создать не удается, заключаются в следующем:

– 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;

– на лечение (то есть в экспериментальную группу) поступают конкретные дети определенного возраста, с определенными нарушениями (по диагнозу и степени тяжести), поэтому оценивать результативность лечебной педагогики необходимо у тех детей, которые прошли лечение, а не только у детей требуемого для исследования возраста и конкретного нарушения;

– контрольная группа должна состоять из детей, отобранных по определенным параметрам, причем 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 и пр.), однако, собрать такую группу не представляется возможным или на это потребуется много времени, возможно, годы;

– 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 закономерный вопрос: почему одним детям специальная помощь оказывается, а другим детям – нет? Только потому, что они случайно попали в контрольную группу? На это же указывают У.Бауманн и К. Рейнекер-Хехт: «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» [6, с. 324].

Все вышеизложенное приводит к мысли о том, что целесообразно оценивать не результативность терапии Монтессори, а достижения ребенка в процессе терапии, проводимой данным методом/технологией. 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 Д.Кислер (D.J. Kiesler) предложил мультимодально формулировать успех терапии, то есть учитывать различные аспекты, касающиеся пациентов [цит. по 6], эти же идеи применяются и в отечественной психотерапии [8]. Мы также ориентировались на необходимость разработки системы показателей, свидетельствующих о достижениях ребенка в разных областях.

При разработке критериев и параметров мы ориентировались на основные направления психического развития ребенка в раннем детстве. В первые три года жизни ребенок развивается в быстром темпе, и изменения накапливаются в следующих областях: двигательное развитие, развитие ручных умений и действий с предметами, познавательное развитие, развитие понимания речи и говорения, социальное развитие, развитие самостоятельности [3; 4; 12]. У детей раннего возраста с поражениями центральной нервной системы наблюдаются разнообразные нарушения двигательных и психических функций, прежде всего, в области основных движений, ручных движений и хватания, действий с предметами, общения с взрослыми, ориентировки в окружающем мире, познавательных способностей, понимания речи и собственной речи, игры и навыков самообслуживания. Как правило, у ребенка наблюдаются множественные нарушения, так как все сферы развития взаимосвязаны. Поэтому при организации работы с детьми важно ориентироваться на необходимость коррекции

нарушений развития во всех сферах, а при оценке достижений ребенка – на оценку его продвижения во всех областях развития.

**Методология оценки достижений ребенка.** На первом этапе нами была разработана система показателей продвижения ребенка при работе с дидактическими и развивающими материалами, которые используются в терапии Монтессори. В основу было положено понятие *уровня достижения* ребенка в процессе терапии при работе с материалом. Понятие «уровень» позволяет говорить не только о том, с каким материалом работал ребенок, а что именно он делал с материалом, каким способом он работал с ним. Кроме того, это понятие 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, отношений ребенка с взрослыми [3]. Понятие «уровень» обозначает и степень продвижения ребенка от простого к сложному, от несовершенного способа действий с материалом к более совершенному. Это понятие может быть применено и к характеристике общения ребенка с педагогом, с родителями, к оценке интереса ребенка к занятию и т.п. Соответственно, введение понятия «уровень (выполнения действия)» позволяет снять ограничения на процедуру оценки, которые вызваны 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.

*Пример 1: показатель «интерес ребенка к занятию»:* 1 уровень – интерес отсутствует; 2 уровень – интерес слабый; 3 уровень – интерес средний; 4 уровень – интерес высокий.

*Пример 2: «Способы действий ребенка с предметами»* (на примере игрушек типа «штырек и предмет с отверстием», пирамидки, ёмкости с крышками, ящики с дверцами, машинка со шнурком) представлен в следующей таблице.

Таблица 1. Уровневые характеристики способа действий ребенка с предметами

Уровень	Характеристика способа действий
1 уровень	Манипуляции с предметами, или одинаковые действия с предметами независимо от его свойств: берет руками, стучит, перекладывает из руки в руку, бросает
2 уровень	Действия типа разобрать (снять, достать, открыть, выдвинуть)
3 уровень	Целенаправленные попытки связать 2 предмета между собой
4 уровень	Самостоятельное корректное полноценное выполнение соотносящего и орудийного действия

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

Каждый ребенок также оценивался по Мюнхенской функциональной диагностике развития (МФДР) [11]. Основным показателем в МФДР является возраст развития ребенка, определяемый в месяцах дифференцированно по разным сферам: возраст развития ручных движений, возраст перцепции, возраст понимания речи, возраст активной речи, возраст самообслуживания, возраст социального развития. Заметим, что возраст развития не обязательно совпадает с хронологическим возрастом ребенка, и особенно это относится к детям с нарушениями развития. Определение возраста развития ребенка показывает его уровень развития в

конкретной сфере. При продвижении ребенка в развитии его возраст развития будет увеличиваться.

Оценка каждого ребенка также проводилась дважды: в начале и по окончании курса терапии Монтессори. Вычислялось число детей, возраст развития у которых увеличился более чем на 1 месяц. Мы рассуждали следующим образом: ребенок занимался Монтессори-терапией менее 1 месяца, поэтому в обычных условиях, без терапевтического вмешательства, его возраст развития также должен увеличиться на 1 месяц. Однако, если за это время показатель возраста развития данного ребенка увеличился более чем на 1 месяц, 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 с каждым ребенком было проведено 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 представлены результаты использования лечебной педагогики Монтессори с 78 детьми в возрасте от 4 месяцев до 3 лет 4 месяцев.

Приведем далее результаты оценки результативности терапии по изменениям показателей возраста развития детей.

Изменения показателей возраста развития детей не являются случайными (критерий  $\chi^2$ ,  $p = 0,01$ ). Данные таблицы свидетельствуют, что 28 % 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 речи и возраста самостоятельности. У 61 ребенка (78 %) отмечены изменения хотя бы одного показателя возраста развития. Следовательно, только у 17 детей (22 %) не было изменений в показателях возраста развития – как

правило, это дети с самыми тяжелыми нарушениями развития.

Таблица 2. Показатели возраста развития детей в начале и по окончании сессии Монтессори-терапии (по Мюнхенской функциональной диагностике развития)

Область развития по МФДР	Кол-во детей	Число детей, подлежащих оценке в данной области	Число детей, возраст развития которых увеличился более чем на 1 месяц		Число детей, возраст развития которых не изменился	
			кол-во	%	кол-во	%
Возраст ручных умений		75	28	37,3	47	62,7
Возраст перцепции		76	36	47,4	40	52,6
Возраст понимания речи		73	23	31,5	50	68,5
Возраст речи		75	8	10,7	67	89,3
Социальный возраст		76	16	21,1	60	78,9
Возраст самостоятельности		67	12	17,9	55	82,1
Всего показателей для оценки		442	123	27,8	319	72,2

Далее приведем результаты оценки результативности терапии, которая проводилась посредством анализа показателей изменения уровня достижений детей от начала к окончанию курса занятий. По всем показателям (таблицы 3 – 10) различия между данными на начало и по окончании курса не являются случайными (критерий  $\chi^2$  для  $p = 0,01$ ). В таблицах представлены различные данные в зависимости от количества оцениваемых показателей.

Таблица 3 – Результаты оценки развития общей и познавательной активности детей (кол-во)

Уровень	Начало курса	Окончание курса	Изменения	
			Остались на том же уровне	Перешли на уровень выше
1: Пассивность	33	5	5	28
2: Средний уровень	40	60	20	20
3: Высокая активность	5	13	5	не оцен.
Итого	78	78	30	48

По данным таблицы видно, что по окончании курса занятий резко уменьшается число пассивных детей и значительно возрастает число детей со средним уровнем познавательной и общей активности. Всего 48 детей (62 %) характеризуются по завершению курса терапевтических занятий более высоким уровнем активности.

Как видим, в процессе Монтессори-терапии увеличивается интерес детей к занятию – по окончании курса не выявлено детей с отсутствием интереса, но значительно увеличивается число детей со средним и высоким уровнем интереса к занятию.

Таблица 4. Результаты оценки уровня интереса детей  
(кол-во) к занятию

Уровень	Начало курса	Окончание курса
Интерес отсутствует	9	0
Интерес слабый	40	19
Интерес средний	20	35
Интерес высокий	7	22
Итого	76	76

Таблица 5. Результаты оценки отношений ребенка (кол-во)  
с педагогом

Уровень	Начало курса	Окончание курса
1: Тревога, нежелание общения	41	0
2: Вступает в контакт, принимает предложения педагога	29	46
3: Открытость, инициатива в общении	4	32
Итого	74	74

Основным достижением детей по показателю отношений с педагогом является уменьшение тревоги ребенка, увеличение открытости в общении, повышение способности принять предложения педагога.

Таблица 6. Результаты оценки отношений детей (кол-во)  
с родителями

Уровень	Начало курса	Окончание курса
1: Симбиоз, патологическая привязанность	21	3
2: Остается в кабинете в присутствии родителей	34	14
3: Остается в кабинете сам	20	58
Итого	75	75

Таблица 7. Результаты оценки развития у детей (кол-во) способов действий с предметами в процессе Монтессори-терапии (игрушки типа «штырек и предмет с отверстием», пирамидки, ёмкости с крышками, ящики с дверцами, машинка со шнурком)

Уровень выполнения действия (способ действия с предметом)	Начало курса	Окончание курса
1: Манипуляции	41	0
2: Действия типа разобрать	23	24
3: Целенаправленные попытки связать 2 предмета между собой	24	35
4: Самостоятельно выполняет соотносящее и орудийное действия	0	9
Итого	68	68

Основным достижением у детей по показателю отношений с родителями является снижение патологической привязанности к родителям и возрастание самостоятельности детей.

Как видим, главное достижение детей в овладении способами действий с предметами состоит в том, что дети переходят от простых примитивных манипуляций с предметами к более сложным способам действий.

Таблица 8 – Результаты оценки умений детей (кол-во) практической жизни в процессе Монтессори-терапии (перекладывание ложкой, рама с кнопками, шнуровка расстегивание/застегивание пуговиц, липучек)

Уровень выполнения действия	Начало курса	Окончание курса
1: Со значительной помощью взрослого	34	8
2: С частичной помощью взрослого	14	25



3: Полностью самостоятельно	0	15
Итого	48	48

Как свидетельствуют данные, основным достижением детей в освоении умений практической жизни является переход от выполнения задания с помощью взрослого к самостоятельному выполнению.

Основное достижение детей в освоении соотносящих действий состоит в том, что они переходят от случайных проб и глобальной ориентировки к целенаправленным пробам и зрительному соотнесению.

Таблица 9. Результаты оценки формирования у детей (кол-во) соотносящих действий (цилиндры-вкладыши, рама с кругами, розовая башня, коричневая лестница, геометрический комод)

Уровень	Начало курса	Окончание курса
1: Метод случайных проб	35	4
2: Метод глобальной ориентировки	18	4
3: Метод целенаправленных проб	25	39
4: Частичное зрительное соотнесение	12	24
5: Зрительное соотнесение	2	21
Итого	92	92

Таблица 10. Результаты оценки развития у детей (кол-во) способов сортировки-группировки в процессе Монтессори-терапии

Уровень выполнения действия	Начало курса	Окончание курса
1: Группировка (сортировка) отсутствует	4	0
2: Неустойчивая, с помощью взрослого	20	7
3: Самостоятельно, без ошибок	0	17
Итого	24	24

По данным таблицы 10 основное достижение детей в овладении способами сортировки-группировки состоит в том, что дети переходят от неустойчивой группировки с помощью взрослого к самостоятельной группировке.

Таким образом, полученные данные позволяют сформулировать ряд выводов. В частности, в результате проведения Монтессори-терапии у детей раннего возраста с нарушениями развития увеличиваются показатели возраста развития в разных сферах, преимущественно, в сфере перцепции, развитии 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 устраняется тревога, ребенок вступает в контакт, принимает предложения педагога, появляется открытость в общении, в отношениях с родителями уменьшается патологическая привязанность, ребенок становится более самостоятельным, совершенствуются способы действий с предметами, совершенствуются навыки самообслуживания, развиваются познавательные способности. В целом лечебная педагогика Монтессори в работе с детьми раннего возраста показывает свою высокую результативность.

Подводя краткий итог, заметим, что для психологической экспертизы 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 позволяют считать Монтессори-терапию эффективной лечебно-педагогической системой, использование которой позволяет за короткое время добиться

положительных результатов в работе с детьми раннего возраста с нарушениями развития. Вместе с тем, для педагогов полученные данные информативны тем, что позволяют определить те сферы развития ребенка, изменения в которых менее существенны, в частности, это сфера развития речи. Обобщая, необходимо отметить, что Монтессори-терапия может предлагаться пациентам как гарантирующая достижение хороших результатов реабилитации детей в раннем возрасте.

### Список литературы

1. Андрущенко Н.В. Монтессори-педагогика и Монтессори-терапия. СПб. : Речь, 2010. 316 с.
2. Белобрыкина О.А. Проблема этической состоятельности психолога как диагноста // Этические проблемы деятельности практического психолога: Материалы науч.-практ. конф. / Под общ. ред. Ю.А.Шаранова. СПб.: СПб институт психологии и акмеологии, 2008. С. 39-44.
3. Белобрыкина О.А., Валитова И.Е. Специфика оценки значимыми взрослыми уровня развития детей старшего дошкольного возраста (на материале выборки белорусских и российских испытуемых) // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 15. С. 706-710.
4. Валитова И.Е. Специальная психология. Минск: Изд-во Гревцова, 2014. 352 с.
5. Гринспен, С., Уидлер, С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. М.: Теревинф, 2013. 512 с.
6. Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У.Бауманна. СПб: Питер, 2002. 1312 с.

7. Монтессори М. Дом ребенка. Метод научной педагогики / Пер. с итал. С. Г. Займовского. СПб: Гомель, 1993. 336 с.
8. Психотерапевтическая энциклопедия /Под ред. Б.Д.Карвасарского. СПб: Питер, 2000. 1024 с.
9. Современные подходы к болезни Дауна / под ред. Д. Лейна и Б. Стрэтфорда. М.: Педагогика, 1991. 336 с.
10. Сорокова М.Г. Система Марии Монтессори: теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. М.: Академия, 2006. 384 с.
11. Хелльбрюгге Т. [и др.]. Мюнхенская функциональная диагностика развития: второй и третий год жизни / под ред. Т. Хелльбрюгге. Минск: Открытые двери, 1997. 123 с.
12. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. М.: Институт практической психологии»; Воронеж: НПО МОДЭК, 1995. 416 с.
13. Auerbach D. Montessori-Therapie. Eine Fördermaßnahme für besondere Bedürfnisse // Inklusion: Menschen mit besonderen Bedürfnissen und Montessori-Pädagogik. Lit Verlag Dr.Hopf Berlin, 2010. Ss. 166-198.
14. Anderlik L. Ein Weg für alle! Leben mit Montessori : Montessori-Therapie und-Heilpädagogik in der Praxis. Dortmund: Verlag modernes lernen, 1997. 270 p.
15. Guralnick M.J. Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. American Journal on Mental Retardation. 1988. № 102 (4). pp. 319-345.
16. Howard J.S. et al. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism Research in Developmental Disabilities, 2005. № 26. pp. 359-383.
17. Varadarajan V., Anderlik L. Montessori medical pedagogy: a handbook. Kerala, India: Central Institute on Mental Retardation, 1993. 232 p.
18. Wallner P. Die Bedürfnisse 0-bis 3-jähriger und Montessori-Ansatz // Inklusion: Menschen mit besonderen

Bedürfnissen und Montessori-Pädagogik. Lit Verlag Dr.Hopf Berlin, 2010. Ss. 274-286.

## References

1. Andrushchenko N.V. Montessori-pedagogika i Montessori-terapiya. SPb. : Rech', 2010. 316 s.
2. Belobrykina O.A. Problema eticheskoi sostoyatel'nosti psikhologa kak diagnosta // Eticheskije problemy deyatel'nosti prakticheskogo psikhologa: Materialy nauch.-prakt. konf. / Pod obshch. red. Yu.A.Sharanova. SPb.: SPb institut psikhologii i akmeologii, 2008. S. 39-44.
3. Belobrykina O.A., Valitova I.E. Spetsifika otsenki znachimymi vzroslymi urovnya razvitiya detei starshego doskol'nogo vozrasta (na materiale vyborki belorusskikh i rossiiskikh ispytuemykh) // Nauchno-metodicheskii elektronnyi zhurnal «Kontsept». 2016. T. 15. S. 706-710.
4. Valitova I.E. Spetsial'naya psikhologiya. Minsk: Izd-vo Grevtsova, 2014. 352 s.
5. Grinspen, S., Uidler, S. Na ty s autizmom. Ispol'zovanie metodiki Floortime dlya razvitiya otnoshenii, obshcheniya i myshleniya. M.: Terevinf, 2013. 512 s.
6. Klinicheskaya psikhologiya / Pod red. M.Perre, U.Baumanna. SPb: Piter, 2002. 1312 s.
7. Montessori M. Dom rebenka. Metod nauchnoi pedagogiki / Per. s ital. S. G. Zaimovskogo. SPb: Gomel', 1993. 336 s.
8. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya /Pod red. B.D.Karvasarskogo. SPb: Piter, 2000. 1024 s.
9. Sovremennye podkhody k bolezni Dauna / pod red. D. Leina i B. Stretforda. M.: Pedagogika, 1991. 336 s.
10. Sorokova M.G. Sistema Marii Montessori: teoriya i praktika: ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zaved. M.: Akademiya, 2006. 384 s.

11. Khell'bryugge T. [i dr.]. Myunkhenskaya funktsional'naya diagnostika razvitiya: vtoroi i tretii god zhizni / pod red. T. Khell'bryugge. Minsk: Otkrytye dveri, 1997. 123 s.

12. El'konin D.B. Psikhicheskoe razvitie v detskikh vozrastakh. M.: Institut prakticheskoi psikhologii»; Voronezh: NPO MODEK, 1995. 416 s.

13. Auerbach D. Montessori-Therapie. Eine Fördermaßnahme für besondere Bedürfnisse // Inklusion: Menschen mit besonderen Bedürfnissen und Montessori-Pädagogik. Lit Verlag Dr.Hopf Berlin, 2010. Ss. 166-198.

14. Anderlik L. Ein Weg für alle! Leben mit Montessori : Montessori-Therapie und-Heilpädagogik in der Praxis. Dortmund: Verlag modernes lernen, 1997. 270 r.

15. Guralnick M.J. Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. American Journal on Mental Retardation. 1988. № 102 (4). pp. 319-345.

16. Howard J.S. et al. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism Research in Developmental Disabilities, 2005. № 26. pp. 359-383.

17. Varadarajan V., Anderlik L. Montessori medical pedagogy: a handbook. Kerala, India: Central Institute on Mental Retardation, 1993. 232 p.

18. Wallner P. Die Bedürfnisse 0-bis 3-jähriger und Montessori-Ansatz // Inklusion: Menschen mit besonderen Bedürfnissen und Montessori-Pädagogik. Lit Verlag Dr.Hopf Berlin, 2010. Ss. 274-286.