



## ЛОГОПЕДИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР КАК ТИП УЧРЕЖДЕНИЯ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛЫМИ РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гриншпун Б.М.

**В** системе учреждений по оказанию помощи детям с тяжелыми речевыми нарушениями одно из ведущих мест должны занимать речевые стационары, поскольку они располагают всеми необходимыми условиями для осуществления комплекса лечебно-оздоровительных и педагогических мероприятий, направленных на преодоление недостатков речи.

Одним из таких стационаров и является стационар для дошкольников при Московском городском психоневрологическом диспансере для детей и подростков, открытый в 1961 году.

Стационар комплектуется отборочной медико-педагогической комиссией при диспансере. В стационар поступают дети дошкольного возраста с диагнозами: алалия, дизартрия, ринолалия, заикание; кроме того, дети с тяжелыми формами речевого недоразвития неясной этиологии, требующей своего уточнения в клинических условиях. Таким об-

разом, контингент детей в стационаре не ограничивается детьми с «чистыми» формами речевых нарушений, поэтому там оказываются и дети с отклонениями в умственном и психическом развитии, дети с психопатоподобным поведением и дети с нарушениями слуха. Пребывание детей с «нечистыми» формами речевых нарушений в стенах логопедического учреждения коллектив стационара считает вполне оправданным в силу того, что у таких детей при всем разнообразии нарушений нарушена также и речь. Тщательное изучение позволяет более точно диагностировать нарушение у детей, выявить тенденции их спонтанного развития и развития в процессе специально организованного лечения, обучения и воспитания, а на основе полученных данных прийти к заключению о том, в каком типе учреждений должен в дальнейшем находиться тот или иной ребенок. Кроме того, до последнего времени еще

не разработана методика логопедического воздействия на детей с «нечистыми» формами речевых нарушений. Пребывание таких детей в стационаре дает возможность наметить пути компенсации и проверить их эффективность на практике.

По установившейся в логопедической практике традиции, сложившейся в связи с недостаточным количеством речевых учреждений для дошкольников, логопедической помощью охватываются дети в основном старшего дошкольного возраста. В настоящее время сеть логопедических учреждений значительно расширилась и расширяется, что позволяет включить в систему логопедического воздействия детей младшего дошкольного возраста (3–5 лет). Наблюдения логопедов, в том числе и логопедов нашего стационара, показывают, что чем ранее выявлено речевое нарушение и чем раньше начата работа над его преодолением, тем лучше результаты. Основываясь на этих наблюдениях, коллектив стационара принимает в свое учреждение не только детей старшего дошкольного возраста, но и детей младшего дошкольного возраста.

Таким образом, состав детей, помещаемых в стационар, неоднороден как по картине нарушений, так и по возрасту. Эта неоднородность обуславливает ряд трудностей организационного, лечебного и методического характера, усугу-

бляемых неразработанностью ряда теоретических и методических вопросов, особенно вопроса о логопедической помощи детям младшего дошкольного возраста. С первых дней существования стационара перед коллективом возник ряд вопросов, требующих своего разрешения: а) определить задачи стационара (лечебные, логопедические и педагогические); б) найти наиболее рациональные формы организации работы; в) продумать содержание комплекса в целом, содержание отдельных его звеньев и формы взаимодействия; г) критически подойти к опыту логопедической работы различных учреждений в плане применения его в работе с дошкольниками; е) ознакомиться с последними достижениями дефектологической науки.

Значительную помощь и поддержку коллективу стационара как на первых этапах его организации, так и в течение всей работы оказывали и оказывают научные работники и логопеды-практики: А. Р. Лурия, Н. И. Жинкин, Г. Е. Сухарева, Л. С. Цветкова, В. В. Ковалев, О. В. Правдина, Е. Ф. Рау, А. Г. Ипполитова, Л. В. Мелехова, а также сотрудники диспансера. Консультации и клинические разборы, регулярно проводимые в стационаре, советы опытных педагогов, психологов и клиницистов позволили коллективу стационара рационально построить свою работу и в относительно короткие сроки преодолеть «болезни ро-

ста», в известной мере неизбежные при любом новом начинании. Не все вопросы, стоящие перед стационаром, в настоящее время можно считать решенными, однако основные принципы работы и формы ее организации установились, а их оправданность проверена на практике.

Основным и общим принципом работы стационара является комплексное воздействие. Комплексное воздействие достаточно обосновано теоретически, и естественно, что именно оно было положено в основу работы стационара. Однако до настоящего времени в понимании содержания этого принципа нет должного единства.

В одних случаях под комплексным воздействием подразумевается совокупность медицинских, логопедических и педагогических мероприятий, направленных на преодоление речевой недостаточности. Однако сторонники такого понимания комплексного воздействия расходятся между собой при реализации комплекса: одни считают обязательным участие представителей разных специальностей в преодолении речевого расстройства с четким разграничением функций врачей, логопедов и воспитателей; другие считают возможным совмещение функций представителей разных специальностей в одном лице. На практике это приводит к тому, что врач, помимо своих функций, принимает

на себя функции логопеда, а логопед – функции врача: проводит психотерапию, занимается аутогенной тренировкой и т. д. С нашей точки зрения, такое совмещение функций (а оно, к сожалению, в последнее время наблюдается довольно часто) недопустимо, так как в этом случае специалисты принимают на себя функции, к которым они не подготовлены. В некоторых учреждениях совмещаются в одном лице функции логопеда и воспитателя; такое совмещение, хотя и допустимо, поскольку совмещаются при этом действительно смежные функции, но не оправданно, так как у логопеда и у воспитателя свой круг задач и обязанностей, свой аспект деятельности.

В других случаях под комплексным воздействием понимается не только воздействие на речевой дефект, но и на личность в целом. Такое понимание комплекса не вызывает возражений, поскольку оно опирается на известные положения о диалектическом единстве речи и мышления, о тесном взаимодействии речи со всеми психическими процессами. Однако сторонники такого понимания комплекса по-разному представляют себе пути и средства его реализации: одни отдают явное предпочтение сугубо педагогическим средствам воздействия и в соответствии с этим считают, что логопедическая помощь должна быть сосредоточена исключительно в системе педагогических учреждений; другие счи-

тают необходимым использование и медицинских и педагогических средств воздействия, полагая, что логопедическая помощь при таком подходе может более эффективно осуществляться в системе медицинских учреждений. Преимущества этой точки зрения очевидны.

Мы понимаем комплексное воздействие как систему четко разграниченных, но согласованных между собою средств воздействия разных специалистов (врачей, логопедов и воспитателей) на личность ребенка в целом и в том числе на преодоление его речевой недостаточности. Опираясь на такое понимание комплекса, остановимся как на определении общих задач стационара, так и на конкретном содержании комплекса в целом и его составных частей.

Общими задачами стационара являются: 1) комплексное изучение детей с речевыми нарушениями, позволяющее выявить структуру и природу дефекта, а также наметить пути его компенсации; 2) комплексное воздействие на детей с речевыми нарушениями, включающее в себя лечебно-оздоровительные и педагогические мероприятия, направленные на общее и речевое развитие детей; 3) обобщение опыта работы.

Каждый из принятых в стационар детей подвергается тщательному и всестороннему обследованию специалистов: медицинскому, логопедическому и психолого-педагогическому. В ходе

обследования<sup>1</sup> выясняется характер и объем нарушения, выявляется, какая из функций наиболее запущена у ребенка, устанавливается причина нарушения.

На основе данных обследования, зафиксированных в истории болезни, устанавливается предварительный диагноз, определяется уровень общего и речевого развития, отмечаются психологические особенности ребенка. Результаты обследования обсуждаются врачом, логопедом и воспитателем; в процессе обсуждения совместно решается вопрос о том, в какую из трех воспитательских групп<sup>2</sup> нужно поместить ребенка и за кем из логопедов его закрепить. Совместно намечается и план коррекционных мероприятий как для каждого ребенка, так и для группы в целом. В течение последующего пребывания ребенка в стационаре врачи, логопеды и воспитатели проводят систематические наблюдения за его развитием; эти наблюдения суммируются, раз в месяц они фиксируются в истории болезни ребенка (в соответствии с принятой схемой) и сопоставляются с данными первичного

<sup>1</sup> Программу и схему медицинского обследования см. в статье Р. А. Беловой-Давид, помещенной в данном сборнике; программу и схему логопедического и психолого-педагогического обследования см. в приложении.

<sup>2</sup> О воспитательских группах и о принципах их комплектования см. в статье Т. Н. Крюк, помещенной в данном сборнике.

обследования; на основе такого сопоставления делаются выводы о темпах и тенденциях в развитии ребенка, вносятся изменения в первоначальный план коррекционных мероприятий, уточняется диагноз. Перед выпиской ребенка из стационара он вновь обследуется врачом, логопедом и воспитателем, все данные динамических наблюдений суммируются и обобщаются, ставится заключительный диагноз и родителям советуют, в какой тип учреждений должен быть в дальнейшем помещен ребенок. В выписке из истории болезни, заполняемой на каждого ребенка при выходе его из стационара, приводятся подробные данные о проводившемся лечении и его результатах; указывается, в каком плане работал логопед; отмечается, что приобрел ребенок за время пребывания в стационаре. Такие выписки очень нужны, так как способствуют созданию необходимой преемственности в работе между разными учреждениями. В тех случаях, когда необходимость помещения ребенка в специальное учреждение отпадает, даются подробные инструкции родителям.

Лечебные, логопедические и воспитательские мероприятия, проводимые в стационаре, осуществляются в тесном взаимодействии. Врач, проводящий лечение, проверяет его эффективность, присутствуя на логопедических занятиях и наблюдая за детьми

в группах, а также основываясь на информации логопеда и воспитателя о реакции ребенка на тот или иной препарат. Логопед информирует воспитателя о ходе и результатах логопедических занятий, а воспитатель закрепляет эти результаты на своих занятиях. Воспитатель сообщает логопеду о своих наблюдениях, как ребенок включает в общение тот материал, который получен им на логопедических занятиях; информирует логопеда о спонтанно появляющихся в речи ребенка словах, грамматических конструкциях, звуках. Все эти данные учитываются логопедом и используются в работе<sup>3</sup>.

Ведущей целью проводимого, в стационаре комплекса коррекционных мероприятий является развитие личности ребенка в целом. Эффективность достижения этой цели в значительной мере зависит от двух взаимосвязанных условий: от правильности выявления нарушения и от оправданности выбранного пути воздействия.

Как показывают многочисленные исследования и наблюдения логопедов-практиков, в сложной картине речевого расстройства всегда выделяется основное, ведущее звено, обуславливающее картину речевого нарушения в целом. Без преодоления ведущего нарушения оказывается невозможным как

<sup>3</sup> Более подробно о содержании медико-педагогического комплекса см. в статье Р. А. Беловой-Давид, напечатанной в данном сборнике.

общее, так и речевое развитие, поэтому вся система коррекционных мероприятий в стационаре направляется в первую очередь на исправление ведущего звена нарушения.

Воздействие на нарушенное звено может осуществляться различными путями: путем непосредственного воздействия на нарушенное звено (так называемый прямой путь) и путем опосредованного воздействия на нарушенное звено (так называемый обходный путь). Оба пути теоретически и практически оправданы, хотя в специальной литературе нередко обходному пути отдается явное предпочтение. Это предпочтение в ряде случаев основано на заметно суженном понимании прямого пути, сводящемся к ограничению его рекомендаций, и неоправданно расширенном понимании обходного пути. Нам кажется, что оба пути должны использоваться в работе, более того, следует эти пути применять в сочетании.

В ряде случаев использование обходного пути оказывается совершенно неоправданным. Приведем один показательный пример. В логопедических работах обычно обращается внимание на то, что у моторных алаликов (как и у моторных афазиков) прослеживаются затруднения в употреблении глагольной лексики при относительной сохранности именной. В «методических пособиях для работы с алаликами нередко содержатся рекомендации, согласно которым предлагается на-

чинать работу над развитием речи с именной лексики и только после накопления именного словаря переходить к словам-действиям. Эта рекомендация полностью основана на рецептах обходного пути: организации более нарушенного звена на основе развития менее нарушенных звеньев. Однако наблюдения показывают, что если пойти по указанному пути, то речь алалика почти не разовьется. Он может накопить значительное количество слов-названий, но не сможет построить ни одной фразы. И это понятно, так как приводимая рекомендация содержит неправильную посылку. Вместо поисков обходных путей, опирающихся на сохранные системы, связанные с глагольной лексикой, например на интонационно-мелодический рисунок, она направлена на отработку систем, не связанных с глагольной лексикой.

Нам представляется, что понятие обходного пути не исключает, а подразумевает направленность на ослабленное звено, что обходный путь направлен на способ развития функции, а не на подмену функции. Применительно к речевой патологии обходный путь может быть адресован не к структурным компонентам речи, а к анализаторам. Так, при нарушении рече-слухового анализатора осуществляется речевое развитие на основе сохраненных анализаторов (зрительного, двигательного); но, используя обходные пути форми-

рования языковой системы, всегда нужно иметь в виду, что они направлены на воспитание той же самой функции, хотя и на другой основе.

Таким образом, в работе стационара используется как прямой, так и обходный путь, а выбор пути обуславливается характером нарушения.

Рассмотрим логопедическое звено комплексного воздействия.

При всей неоднородности состава детей, поступающих в стационар, общими для всей логопедической работы являются три задачи: а) развитие коммуникативной функции речи, б) общее речевое развитие и в) развитие звуковой стороны речи. Кроме этих задач, имеются и более частные задачи, обусловленные спецификой того или иного нарушения. В одних случаях эти задачи достаточно четко определены и не требуют особого разъяснения, как, например, задачи работы с заикающимися, дизартриками, ринолаликами. В других случаях они требуют специального разъяснения, например задачи работы с алаликами и другими неговорящими детьми.

Четырехмесячное пребывание детей в стационаре – срок очень короткий для логопедической работы с неговорящими детьми, поэтому надеяться на то, что ребенок к концу пребывания в стационаре начнет пользоваться речью как средством общения, не приходится. Общей задачей работы с таки-

ми детьми является определение их возможностей овладения речью и создание пусковых механизмов, своеобразных толчков к спонтанному речевому развитию.

В зависимости от уровня и характера недоразвития неговорящих детей эта общая задача модифицируется.

Так, при работе с совсем неговорящими детьми основное внимание уделяется развитию потребности к общению, воспитанию произвольного внимания и преодолению речевого негативизма. Наряду с работой по развитию экспрессивной речи проводится работа над развитием импрессивной речи (понимание речевых инструкций, развитие словаря, формирование словесных обобщений, развитие звукового анализа). При работе с детьми, «продвинутыми» в речевом отношении, основное внимание уделяется развитию элементарной фразы (на базе тех слов, которыми владеют дети), обогащению словаря, формированию слоговой структуры слов и их звуковому оформлению. При работе с детьми, пользующимися хотя и аграмматичной, но фразовой речью, основное внимание уделяется развитию фразы из 3–4 слов, формированию грамматического строя, обогащению словаря с обязательным включением отработанных слов и форм в активную речь, развитию слоговой структуры слов и произношению.

Так же как и при работе с совсем не говорящими детьми, с детьми, «продвинутыми» в речевом отношении, ведется работа над развитием импрессивной речи: отрабатываются значения слов; формируются грамматические категории и формы, в первую очередь те, которые по данным обследования наиболее нарушены у ребенка; проводится также работа по развитию фонематического слуха и навыков звукового анализа с использованием элементов грамоты.

В процессе логопедической работы проводятся постоянные наблюдения над темпами овладения языковой системой в импрессивной и экспрессивной речи. Полученные данные сопоставляются с данными о темпах общего развития ребенка, а на основе указанного сопоставления решается вопрос о характере речевого нарушения и его связи с интеллектуальными нарушениями.

В основу логопедической работы стационара положен ряд общих принципов, заимствованных из логопедической практики и обоснованных в специальной литературе: 1) принцип опоры на развитие речи в онтогенезе, 2) принцип формирования и развития языковой системы на основе коммуникативной функции речи, 3) принцип дифференцированного подхода к воспитанию речи, 4) принцип опоры на сохранные анализаторы.

Принцип опоры на развитие речи в онтогенезе имеет двоякую направленность: он учитывает как

последовательность формирования речевых функций в норме и видов речи в норме (номинативной, коммуникативной, ситуативной, контекстной, внешней, внутренней), так и последовательность формирования структурных уровней речи в онтогенезе (фонетического, грамматического, лексического).

При описании развития речи в норме исследователи обычно обращают внимание на то, что речевая система развивается постепенно и неравномерно. Несколько схематизируя процесс развития речи, авторы условно разбивают его на несколько взаимосвязанных периодов, плавно переходящих из одного в другой. В некоторых работах эти периоды соотносятся со сроками развития ребенка и датируются.

Первый период. Этот период часто носит название подготовительного. Он охватывает первый год жизни ребенка и распадается на два этапа: этап гуления и этап лепета. От 3 до 6 месяцев ребенок гулит, т. е. издает различные звучания с мягкой голосоподачей. Звучки, издаваемые на этом этапе, не являются речевыми звуками, да и само гуление не связано с речью: оно наблюдается у всех детей, в том числе и у глухих от рождения. В период от 6 месяцев до года у ребенка появляется лепет. В отличие от гуления лепет появляется только у слышащих детей. В лепете, помимо голоса, принимают участие артикуляторные органы ребенка, и он представляет собой чередование



смыкательных и размыкательных движений органов артикуляции. Появление лепета свидетельствует о том, что у ребенка сформировался психофизиологический механизм слогообразования, автономный по отношению ко всем другим механизмам речи (Н. И. Жинкин). Однако лепет еще не является речью, так как лепетными звуко-сочетаниями ничто не обозначается. Роль лепета исчерпывается подготовкой артикуляционного аппарата к необходимым в дальнейшем речевым движениям.

Второй период. В конце первого – начале второго года жизни ребенка появляется речь: лепетные звуко-сочетания (слоги) приобретают свойство предметной соотнесенности. Тот или иной звуковой комплекс закрепляется для обозначения предмета окружающей действительности, слог приобретает функциональную нагрузку и выступает в качестве наименования, т. е. слова. Появление слов свидетельствует о развитии у ребенка номинативной (назывной) функции речи. Количество слов в конце первого – в начале второго года жизни ребенка весьма ограничено и не превышает 8–12. Количество звуков речи, произносимых ребенком, также ограничено: он произносит несколько гласных и согласных, преимущественно губных и переднеязычных смычных. С заметным опережением в этот период идет развитие понимания речи: ребенок узнает по предъявляемым

названиям игрушки и предметы из знакомой ему действительности, воспринимает побудительную интонацию и адекватно реагирует на нее. В этот период ребенок воспринимает эмоциональную окраску голоса окружающих, но реагирует пока еще только на интонационно-мелодические средства речи, звуки речи для него не являются различителями смысла.

Третий период. В период от полугода до двух лет у ребенка начинает формироваться коммуникативная функция речи: ребенок вступает в общение со взрослыми. Сначала это общение ограничивается названиями предметов с интонацией требований «или указания, а также глаголами в побудительной форме, воспринятыми из речи взрослых (дай, сядь, иди и т. д.). К концу этого периода ребенок активно пользуется описательным жестом, восполняющим недостаток глагольных слов. В этот период у ребенка заметно растет словарь, достигая 200 слов. Структурно эти слова характеризуются тем, что они могут объединяться в двух- и трех-словые цепочки. В этот период появляются новые звуки: губно-зубные, переднеязычные фрикативные соноры (*л'*, *н*), заднеязычные. В этот период формируются преимущественно звуки нижней артикуляции и все переднеязычные произносятся смягченно.

Заметно развивается в этот период понимание речи: от понимания отдельных слов и побу-

дительных инструкций ребенок переходит к пониманию смысла простейших фраз, выполняет двухступенчатые инструкции. В этот период речь уже частично регулирует поведение ребенка. Он адекватно реагирует на слова: «можно», «нельзя». Следует отметить, что в этот период ребенок воспринимает не только побудительную, но и вопросительную интонацию, отвечает на нее на первых порах жестами, а в дальнейшем словесно с утвердительной или отрицательной интонацией.

Четвертый период. В период от 2 до 3 лет у ребенка резко увеличивается словарный запас, доходя до 1000 и более слов, слоговая структура становится стабильной, но в словах еще наблюдаются перестановки звуков, появляются новые группы звуков, (твердых, звонких согласных). Характерным для этого периода является наличие устойчивых звуковых замен, так называемых субститутов. При этом звуки более сложные в артикуляционном отношении, еще не усвоенные ребенком, заменяются более простыми, родственными им по артикуляции или (реже) смежными по способу образования. К концу этого периода ребенок обычно усваивает все звуки, за исключением шипящих, *ц*, *р* и *л* твердого.

Качественное отличие этого периода от предыдущего заключается в появлении у ребенка грамматических средств. К концу пери-

ода ребенок свободно пользуется распространенной многословной фразой, состоящей не только из простых, но и сложных предложений. Вся грамматическая система к концу этого периода фактически усвоена ребенком. Неусвоенными остаются лишь различия в типах склонения и спряжения, многочисленные исключения из правил и некоторые конструкции, недоступные ребенку в силу несформированности логического мышления, например, условные конструкции, конструкции, выражающие причинно-следственные отношения и др.

В четвертый период активно развивается конструктивная речевая деятельность ребенка. Он легко строит по аналогии слова и грамматически оформленные фразы.

Заметно развивается и коммуникативная функция речи. Ребенок часто обращается к окружающим с многочисленными вопросами, свидетельствующими о развитии познавательной деятельности, и речь оказывается одним из средств познания окружающей действительности. Активно развивается и самокоммуникация. Ребенок сопровождает свою деятельность речью, он оречевляет поступки, т. е. у него развивается так называемая эгоцентрическая речь – одна из предпосылок внутренней речи. Но в данный период она является только ситуативной.

Качественно отличается от предыдущего этапа и понимание

речи. Ребенок легко понимает смысл фразы и даже смысл более обширного текста (стихотворения, сказки), В этот период активно развивается фонематический слух, т. е. способность различать смысл слов на основе тембровых различий звуков, составляющих слова. В этот период упрочивается регулирующая функция речи.

Пятый период. В период от 3 до 5 лет заметно возрастает словарь ребенка, доходя до 4000–5000 слов. Эти слова легко включаются им во фразовую речь. Ребенок свободно строит сложные грамматические конструкции, а к концу периода – и связный текст из нескольких предложений, т. е. появляются элементы контекстной речи. В этот период заканчивается формирование фонетической системы.

Речь на пятом периоде становится полноценным средством общения, эгоцентрическая речь свертывается, обеззвучивается и переходит во внутреннюю речь, на основе которой активно развивается мышление.

От ситуативной речи ребенок начинает переходить к простейшим формам контекстной речи. Он может передать цепь событий, установить последовательность между событиями и элементарно спланировать собственную деятельность при помощи речи. В этот период заканчивается формирование фонематического слуха, и ребенок легко различает смысл слов с оппозиционными фонемами.

Существенным приобретением пятого периода является переход от мышления на языке к мышлению о языке. Ребенок начинает интересоваться смыслом слов, у него появляется чувство языковой нормы, он замечает речевые ошибки у сверстников и поправляет их. У ребенка в этот период появляется интерес к письменной речи: он просит взрослых прочитать то или другое слово, назвать букву, сам начинает узнавать буквы и соотносить их со звуками. Все это создает предпосылки для успешного овладения письменной речью в школе и для дальнейшего развития отвлеченного мышления.

Подводя итоги краткого разбора развития речи в норме, мы хотим обратить внимание на ряд закономерностей, учитывая которые и следует строить логопедическую работу.

1. Определенная последовательность развития функций речи и вид ее – от номинативной к коммуникативной, от внешней к внутренней, от ситуативной к контекстной. Эта последовательность, указывая на все большее усложнение речевой функции в процессе развития ребенка, позволяет установить четкую зависимость развития всех видов речи от развития коммуникативной функции.

2. Неравномерность развития структурных компонентов речи, обнаруживающая зависимость от развития коммуникативной функции речи, т. е. наиболее интенсивно

развиваются словарь и грамматика, значительно запаздывает формирование фонетической системы.

3. Опережающее развитие импрессивной речи.

4. Опережающее развитие смысловой стороны речи и последующее развитие формальной стороны.

Опираясь на данные о развитии речи в онтогенезе, учитывая закономерности развития системы в норме, логопед может строить программу речевого воспитания, близкую к спонтанному развитию системы.

Однако принцип опоры на онтогенез не означает, что логопед должен копировать в своей работе ход речевого развития в норме. Полное копирование онтогенеза бессмысленно по ряду причин. В норме речь развивается несколько лет, а в стационаре ребенок находится несколько месяцев, следовательно, копируя онтогенез, логопед должен включить в программу воспитания тот материал, которым овладевает ребенок в норме за четыре месяца. С этим можно было бы согласиться, если бы уровень недоразвития речи логопата соотносился хотя бы с одним уровнем развития речи в норме, но речь логопата – это не просто задержка речи по времени нормального ребенка, а особое состояние, не соотносимое по своей картине ни с одним из этапов нормы. Например, неговорящий моторный алалик по уровню восприятия речи и по потребностям к общению всегда

выше нормального неговорящего ребенка, т. е. ребенка первого периода речевого развития. Поэтому копировать в работе с алаликом начальные этапы онтогенеза нет необходимости: здесь нужна особая программа.

Реализация принципа опоры на онтогенез предполагает сохранение в логопедической работе общей схемы развития речи в норме.

Учитывая, что в норме развитию экспрессивной речи предшествует развитие импрессивной речи, логопед ставит своей обязательной задачей вводить в экспрессивную речь только то, что предварительно, введено в импрессивную речь. Развитие импрессивной речи, таким образом, является одной из важных задач логопедической работы. Эта задача, как показывают наблюдения, актуальна при самых различных формах речевого недоразвития.

Учитывая, что в норме сначала формируется смысловая сторона экспрессивной речи, а вслед за ней формальная, логопед в первую очередь отрабатывает именно смысловую сторону и лишь во вторую очередь – слоговую структуру слов, грамматические формы, звуковое наполнение и считает допустимым на определенных этапах работы языковые неправильности.

Логопеду очень важно учитывать сроки появления тех или других функций, форм и категорий в норме, чтобы в работе с младшими дошкольниками не забегать вперед.

С принципом опоры на онтогенез тесно связан и вытекает из него принцип опоры на коммуникативную функцию речи. Можно указать на то, что этот принцип полностью оправдал себя в сурдопедагогике, где он назван принципом речевого общения (С. А. Зыков). В соответствии с этим принципом целью всей логопедической работы при различных видах речевых нарушений становится речевое общение, отрабатываемый на логопедических занятиях материал в обязательном порядке включается во фразу и отрабатывается в диалогах. Этот принцип позволяет активизировать речевые проявления ребенка и закрепить их в его речевом опыте.

Принцип дифференцированного подхода к преодолению речевых нарушений достаточно подробно обоснован в логопедической литературе, он тесно связан с общим принципом воздействия на ведущее звено нарушения. Этот принцип предполагает обязательный учет возрастных особенностей ребенка, уровня его общего и речевого развития, внимания, работоспособности и т. д. Учет всех этих особенностей позволяет логопеду осуществлять индивидуальный подход к ребенку во время групповых занятий и использовать те приемы, которые в данном случае являются наиболее подходящими.

Принцип опоры на сохранные анализаторы достаточно подробно разработан в трудах В. К. Орфин-

ской. Опыт работы показал, что он полностью применим в логопедической работе с детьми дошкольного возраста.

В заключение следует заметить, что при реализации указанных принципов логопеды в своей работе опираются на общедидактические принципы, предусматривающие последовательность от легкого к трудному, от простого к сложному, от знакомого к незнакомому.

За время работы стационара выработались и некоторые формы организации логопедической работы.

Основной формой организации логопедической работы в стационаре является работа с группой логопатов. Группы комплектуются с однородным речевым нарушением, по возрасту и уровню общего развития детей. Наполняемость групп – 2–3 человека. Как показал опыт работы, занятия с группой большей наполняемости менее эффективны. Работа с группой позволяет формировать речевое общение детей с логопедом и общение между детьми, внести в работу элемент соревнования, повысить заинтересованность детей в результатах работы.

Кроме того, групповые занятия позволяют вести логопедическую работу в форме живой, эмоциональной игры.

Продолжительность занятий с группой варьируется в зависимости от характера речевого нарушения и задания от 40 до 60 ми-

нут. Занятия строятся с учетом индивидуальных особенностей детей и проводятся в форме неустойчивой для них: широко используется форма игры, переключение с одного вида деятельности на другой.

Все групповые занятия заранее планируются логопедом: подбирается речевой материал, общий для всей группы, и материал для каждого ребенка с учетом его индивидуальных особенностей. К каждому занятию логопед готовит дидактический материал: предметы, картинки, игрушки. Особое внимание на занятиях уделяется развитию фразовой речи.

Помимо групповых занятий, в стационаре проводятся и индивидуальные занятия. Они проводятся с детьми, которые в силу своих личностных особенностей не могут быть объединены в группу (дети с психопатоподобным поведением, со сниженной психической активностью, с нарушенным слухом и т. д.). Индивидуальные занятия проводятся с детьми, неясными в диагностическом отно-

шении, с целью уточнения характера их патологии.

В начальные периоды работы стационара логопедические занятия проводились по скользящему графику: с утра или после дневного сна детей. Однако опыт показал, что работоспособность детей после дневного сна значительно ниже, чем работоспособность утром: дети чаще отвлекались, утомлялись, в связи с чем много времени приходилось тратить на их организацию, поэтому было принято решение перейти на однодневные утренние занятия. Эти занятия хотя и создают ряд организационных затруднений, но они себя оправдывают.

В данной статье в самом общем виде охарактеризованы организационно-методические принципы и задачи стационара. Некоторые вопросы, лишь бегло освещенные здесь, будут развиты в последующих статьях сборника.

*Нарушение речи  
у дошкольников.  
М.: Просвещение, 1969.*