

## **Методы обследования речи детей:**

**Пособие по диагностике речевых нарушений/ Под общ. ред.  
проф. Г.В. Чиркиной. - 3-е изд., доп. - М.: АРКТИ, 2003.**

### **Общая характеристика отклонений в развитии речи у детей раннего возраста**

Развитие звуковой стороны речи начинается с рождения в форме первичных голосовых реакций. В первые месяцы жизни младенец сигнализирует о своих потребностях с помощью крика, который в случае отклонений в развитии может быть хриплым, ослабленным, монотонным, истощаемым или звучать нетипично, как при некоторых генетических синдромах.

Возникновение на 2—3-м месяце гуления, связанного с развитием у ребенка вокализованного выдоха, осуществляется по мере формирования определенной двигательной базы для тренировки речевого дыхания (удержание головки, поворот на бок и т.п.). Начиная с этого возраста голосовые реакции ребенка становятся более дифференцированными, поддаются некоторой фонетической квалификации (носовые — ротовые, гласноподобные — согласноподобные) и приобретают выраженную коммуникативную функцию.

Переход к лепету (5-6мес.—10-12мес.) связан с выработкой ритмичности и согласованности дыхания и движений артикуляционного аппарата, постепенным нарастанием длительности слоговой продукции, формированием интонированного голосового общения.

При наиболее тяжелых речевых нарушениях, когда значительно поражен артикуляционный аппарат, может наблюдаться врожденный стридор — шумное, хриплое дыхание. Стридорное дыхание в сочетании с нарушениями орального праксиса (синкинезиями, апраксиями) приводит к тому, что лепет имеет прерывистый, смазанный, слабо модулированный характер. Менее выраженные нарушения проявляются в трудностях формирования интонационной стороны речи, которая уже к 6 месяцам приобретает у нормально развивающихся детей типичную для их родного языка мелодику.

Бедный лепет приводит к нарушению ритмической организации детских вокализаций, которые к концу первого года жизни начинают выполнять и определенную семантическую функцию (значения отрицания «не-а», переспроса «а?», согласия «дя», просьбы, требования «дя! дай!»).

Важнейшими предпосылками появления у ребенка первых слов являются:

1. анатомическая и функциональная полноценность артикуляционного аппарата;
2. слуховая и эмоциональная реакция на человеческую речь, понимание речи;
3. формирование на уровне сенсорного восприятия различительной способности (различение реальных объектов по форме, размеру, цвету, звучанию, на ощупь и т.д.) и первичных обобщений («шарики — кубики», «ложки — вилки», «кошки — собаки») или сенсорных понятий («красный — зеленый», «большой — маленький»);
4. соответствующее возрасту умственное развитие и становление внимания, памяти и других психических функций, необходимых для установления первых связей между предметами, действиями и их словесными обозначениями;
5. мотивированность речи совместным со взрослым действием, ситуацией общения;
6. выраженная коммуникативная интенция и активное речевое подражание.

Начальные этапы усвоения языка как лексической системы имеют у детей раннего возраста с отклонениями речевого развития специфические особенности, связанные с:

1. длительным «застреванием» на стадии «лепетных» слов;
2. неумением назвать однородные предметы одним словом;
3. поздним появлением «опорных слов», с которыми связано формирование высказываний типа «исекаси», «исесыя» и т.п., и очень незначительным приростом этих слов в словаре ребенка;
4. стойким эхололическим повторением за взрослым, без умения самостоятельно использовать новое слово в общении;
5. копированием вопросительной интонации взрослого вместо ответа на вопрос.

Однако главными особенностями речи таких детей являются так называемая «задержка лексического развития», которая проявляется в бедности активного словарного запаса, и специфические трудности в овладении прагматическими аспектами вербальной коммуникации.

У нормально развивающихся детей второй год жизни характеризуется увеличением синтаксической сложности при переходе от однословных высказываний к двухсловным. Однако широкая вариативность индивидуальных темпов овладения двухсловными предложениями даже среди детей однородной социальной группы делает этот критерий практически неприемлемым для детей второго года жизни, имеющих отклонения речевого развития.

Следующая — «морфологическая стадия» языкового развития связана со становлением фразовой речи. На третьем году жизни речь ребенка стремительно развивается: от отдельных самостоятельных высказываний в форме фраз, состоящих из 2-3 слов, до развернутых предложений в диалоге, инициированном самим ребенком, и первых попыток использовать монолог. Важными диагностическими показателями неблагополучия речевого развития в этом периоде становятся:

1. отсутствие в речи ребенка фраз из 3 и более слов;
2. пассивность и безынициативность в ведении диалога;
3. однословность или однотипность ответов на вопросы;
4. преобладание в самостоятельных высказываниях «замороженных» морфологических и грамматических форм и высокая доля имитируемых речевых образцов в речи детей (часто почти полные повторы высказывания взрослого);
5. не соответствующие возрасту отклонения от последовательного усвоения фонетических моделей («физиологическое субституирование») или, наоборот, длительное «застревание» на некоторых из них, когда искажения звуков приобретают стойкий патологический характер;
6. выраженные трудности произнесения многосложных слов и слов со стечениями согласных.

Отдельно отмечаются стойкие запинки при произнесении развернутых фраз или отдельных слов, многократные повторения и растянутое произнесение слогов и звуков, сопровождающееся мышечным напряжением.

Не все из перечисленных диагностических показателей являются равнозначными или проявляются одновременно, однако их общей характерной особенностью является то, что тяжесть и частота отклонений речевого развития обычно связаны со сроками появления произносительной единицы, морфологической категории или грамматической формы в речи ребенка. Как правило, чем позже эти формы должны были появиться в речи нормально говорящего ребенка, тем тяжелее и чаще они будут нарушены в случаях патологического развития речи.

## Обследование речевого развития детей раннего возраста

### Обследование доречевого развития младенца

#### I этап (период новорожденности)

При отсутствии отклонений в развитии ребенок кричит громко с первой минуты жизни, его дыхание характеризуется коротким вдохом и удлиненным выдохом. Первые голосовые реакции еще интонационно невыразительны, но в них можно отчетливо различить отдельные гласноподобные звуки («а», «э»).

Особое внимание обращается на характер крика новорожденного, который в первые недели жизни у детей с отклонениями в развитии чисто напоминает отдельные всхлипывания на вздохе, с характерным носовым оттенком. В случаях наиболее тяжелой патологии отмечается пронзительный, болезненный, непрерывный крик, который принято называть «мозговым». Нарушения крика отчетливо проявляются у детей с тяжелой двигательной патологией, у которых в дальнейшем выявляется дизартрия или анартия. Если к концу периода новорожденности крик по-прежнему преобладает над другими рефлекторными звуками (кряхтенье, ворчанье, гуканье), то можно с большой долей вероятности констатировать патологические отклонения в развитии ребенка.

#### Логопедическое обследование

При сборе анамнестических данных о неонатальном периоде логопеду целесообразно ориентироваться на следующее:

- характер первого крика новорожденного (громкий, пронзительный, хриплый, слабый, тихий, после хлопка по попке, после стимуляции, не кричал);
- физиологическая функция дыхания (дышал самостоятельно с рождения, проводились реабилитационные мероприятия из-за заглатывания околоплодных вод или слизи, подключали к аппарату искусственной вентиляции легких, на какой срок, длительность нахождения в кювезе);
- интенсивная терапия в неонатальном периоде (антибиотики, заменное переливание крови, подключение к капельнице);
- хирургические мероприятия в неонатальном периоде (в случаях тяжелой врожденной патологии органов дыхания, кровообращения, голосообразования и т.п.);
- первое кормление ребенка грудью (на какой день, сосал сам или кормили сцеженным молоком из бутылочки, использовался ли молокоотсос);
- причины раннего искусственного вскармливания (стафилококк в материнском молоке, заболевание матери, болезнь ребенка, слабость сосательного рефлекса, разлука с матерью и др.);
- длительность кормления (быстро уставал и засыпал, отсасывал молоко у соска и отказывался сосать дальше, активно сосал все кормление, отказывался брать грудь, требовал соску);
- характер сосательных и глотательных движений при кормлении (срыгивания, поперхивания, захлебывания, вытекание молока через нос, вялость губ, болезненное» покусывание» груди во время кормления).

## II этап (1—3 месяца)

На эмоционально положительном фоне у ребенка появляются звуки начального гуления (гуканья), которое к концу периода переходит в певучее гуление («бааа, мааа»). Младенец постепенно переходит от единичных гласноподобных звуков к произнесению коротких звуковых цепочек. При гулении общая двигательная активность ребенка снижается.

На основе зрительного и слухового сосредоточения возникает и закрепляется мимико-соматический «комплекс оживления» (3 мес): ребенок начинает воспринимать обращение к себе и «отвечать» на него сочетанием улыбки, общим мимическим оживлением, вокализацией, генерализованной двигательной активностью. Он по-разному реагирует на сердитый и ласковый голос, улыбается или плачет. С помощью крика, который становится интонационно-выразительным, ребенок выражает свой протест или неудовольствие.

При отклонениях в раннем развитии ребенка ориентировочные зрительные и слуховые реакции формируются с запаздыванием или отсутствуют вообще. Преобладают отрицательные реакции (монотонный плач, длительный крик на одном тоне), улыбка крайне редка.

В случае отклонений в речевом развитии голосовые реакции мало выразительны, при грубых нарушениях, связанных с органической патологией ЦНС, начальное гуление (гуканье) отсутствует.

При выраженных нарушениях эмоционально-психической сферы нарушается формирование механизмов подражания, и гуление как бы задерживается на аутоэхолалической стадии. Необходимо также обратить особое внимание на формирование у младенца к 3 месяцам выраженной эмоциональной реакции на ухаживающего за ним взрослого человека («комплекс оживления», улыбка, более активное гуление после звуковой стимуляции). Отсутствие такой реакции является прогностически неблагоприятным показателем и требует дальнейшего наблюдения за психическим и эмоциональным развитием ребенка.

Логопедическое обследование начинается с наблюдения за ребенком в естественных условиях. При опросе родителей и осмотре ребенка логопед обращает особое внимание на:

- характер реакций на голод, охлаждение или перегрев при купании (резкий крик и общая двигательная активность, вялое покряхтывание, длительный пронзительный крик, общая вялость и пассивность);
- появление первых мимических гримас (реакция на «сладкое-горькое» при изменении питания кормящей матери или введении новой смеси или пищевых добавок), их симметричность или асимметричность, вялость, смазанность;
- начальное зрительное и слуховое сосредоточение (затихает при поднесении к лицу яркого, светящегося предмета или прислушиваясь к новому звуку на фоне других);
- фиксацию взгляда на лице говорящего взрослого;
- наличие «комплекса оживления» в ответ на обращение к нему со стороны взрослого;
- характер преобладающих реакций на раздражители (резкий звук, яркие блики, болевые ощущения): крик, плач, вздрагивание, широкое открывание глаз, начальное сосредоточение, отсутствие реакций;

- характер преобладающих реакций на обращенную к нему речь матери: «оральное внимание», «комплекс оживления», отворачивается в сторону, плачет, не реагирует;

- проявление положительных эмоций в комфортных условиях, например после кормления или смены мокрых пеленок (покряхтывание, ворчание, сопение и т.п.).

Отдельно отмечают первые доречевые реакции младенца:

- начальное гуление—гуканье»;
- истинное гуление (время его появления, длительность и напевность голосовой продукции, наличие голосовой и двигательной аутостимуляции, особенности общего поведения при гулении, наличие/отсутствие эмоциональной реакции на ухаживающего взрослого в форме более активного гуления после звуковой или двигательной стимуляции);
- первые реакции на интонацию взрослого (сердитую, ласковую), их проявления в форме плача, комплекса оживления, мимических гримас;
- монотонность/выразительность, напевность гуления, модулированный/немодулированный характер первой доречевой продукции

### III этап (3—6 месяцев)

В начале этого этапа ребенок еще издает протяжные гласноподобные звуки, но постепенно намечается переход от гуления к лепету: звуки становятся напевными, продолжительными, заметно более разнообразными («истинное гуление»). К 6 месяцам должны хорошо различаться звуко сочетания гласных с губными согласными типа «ба-ба-ба», «ма-ма-ма» (аутолалический этап лепета). Изменение характера голосовой продукции ребенка приводит к тому, что младенец начинает лепетать с типичной для его языкового окружения мелодикой.

Постепенно у ребенка формируются специфические слуховые реакции на все внешние раздражители (голос мамы, разговор, наблюдение за звучащим предметом или игрушкой). С 4 месяцев он устойчиво находит глазами источник звука, который находится вне поля его зрения, узнает мать и улыбается ей. С 5 месяцев дифференцирует знакомые и незнакомые лица. Различает строгую и ласковую интонацию речи, эмоционально положительно реагирует на голос матери, а к голосу незнакомого человека только прислушивается, но остается равнодушен. После 4,5 месяцев протестует против «формального общения», проявляет ярко выраженную коммуникативную интенцию.

Когнитивное развитие: у ребенка преобладает познавательный интерес над эмоциональным (с интересом тянется к новой игрушке, легко отвлекается на новый раздражитель). Формируется ожидание многократно повторяющихся действий.

Коммуникативная деятельность: ребенок стремится к общению со взрослым. Развивается общение с помощью жестов: тянет руки, чтобы его взяли на руки или дали необходимый предмет.

Нарушения интонационно-мелодической структуры лепета наблюдаются не только у глухих детей, но и в случаях натальной травмы шейного отдела спинного мозга. В этом случае на процесс голосообразования оказывают влияние нарушения функции спинального дыхательного центра, слабость мышц диафрагмы при повреждении С-4 сегмента и межреберных мышц. Дети дышат поверхностно, у них снижен объем выдоха при общей мышечной гипотонии, что становится особенно заметно в связи с

особенностями вокальной структуры лепета. Длительный вокализованный выдох явно затруднен, преобладают краткие лепетные серии («бедный лепет»).

В случаях более тяжелой неврологической патологии к концу первого полугодия жизни у младенцев наблюдается выраженная мышечная гипотония. Наблюдаются специфические искажения звукопроизношения, бедные голосовые реакции. Певучее гуление может отсутствовать полностью. Интонационно-мелодическая выразительность вокализаций снижена, самоподражания нет.

Степень недоразвития эмоциональных и психических реакций достаточно вариабельна. У некоторых детей с формирующимся церебральным параличом в третий период эти функции могут быть еще полноценными (легкие формы спастической диплегии, гемипарез, легкая атактическая форма) или нарушены незначительно. В случаях грубого поражения по типу РДА органического генеза или глубокой умственной отсталости ребенок может быть явно неконтактен, пассивен, его ориентировочные реакции будут снижены или, наоборот, у него будет преобладать патологическая двигательная активность, беспокойство, негативные эмоциональные реакции на новые предметы (плач, крик, отворачивается).

### Логопедическое обследование

Целесообразно отметить следующие особенности доречевого развития ребенка 3—6 месяцев:

- характер голосовых реакций младенца и особенности его поведения, когда к нему обращаются или длительно смотрят на него (активно реагирует, не обращает внимания, тянет руки к взрослому, отворачивается, плачет, проявляет беспокойство; спонтанное или ситуативно обусловленное «гуканье», преобладание коротких голосовых серий, переход к длительной напевной вокализации);
- особенности интонационной окрашенности голосовых реакций и их мелодической организации (выразительность, монотонность, скандированность, истощаемость голоса и дыхания, близость вокальной продукции к мелодике родного языка ребенка);
- переход к произнесению артикулем, близких к речевым звукам; появление «слов» различной длительности (с акцентацией на первом «слоге» серии);
- изменение поведения в ответ на слуховые раздражители (ребенок оборачивается на хлопок ладонями, закрывает глаза на громкий шум, поворачивает голову по направлению шелеста бумагой, звучания колокольчика, скрипа двери);
- наличие или отсутствие мышечной активности в речевой и мимической мускулатуре (grimасничанье, первый смех типа «повизгиванья», щелканье языком, прищлепывание губами, «жевание» игрушек);
- патологические трудности при переходе на густую пищу (наличие рвотного рефлекса при попытке кормить с ложки, особенности формирования умения пить глотками из поильника, сглатывать с кончика языка капельки жидкости или крошки печенья), «дисфагия»;
- особенности визуального контакта с близкими людьми: поиск или избегание встречного взора, напряженность, отстраненность взгляда;

- неполноценность комплекса оживления (отсутствие двигательного, голосового, эмоционального компонента, его безадресность или адресованность неодушевленным предметам, запаздывание реакции на раздражитель).

#### IV этап (6-9 месяцев)

В самостоятельной вокальной продукции наблюдается постепенный переход к активному, многообразному по звуковому составу лепету. Звуки начинают постепенно дифференцироваться и приближаться к звукам родного языка, появляясь в лепете ребенка в определенной последовательности: ротовые-носовые, звонкие-глухие, твердые-мягкие, смычные-щелевые. У младенца вызывается эхολаличное повторение слогов за взрослым, копирование интонационно-мелодической структуры знакомой фразы, он также может имитировать кашель и шелканье языком.

На появление первичных коммуникативных намерений существенно влияет наличие благоприятной обстановки взаимодействия взрослого и ребенка.

#### Коммуникативная деятельность

1. Понимает, когда к нему обращаются по имени, реагирует на слово «нет».
2. Вокализации и жесты выполняют коммуникативную функцию (интонация удовольствия, неудовольствия, просительные и протестующие жесты).
3. Начальное ситуационное восприятие обращенной речи (поворачивает голову в сторону называемого человека). Отклонения в развитии приводят к задержке или невозможности формирования коммуникативной функции речи, ребенок реагирует на раздражители недифференцированным криком, плачем, спонтанными жестами.
4. В случае грубой патологии развития физиологические эхολалии и слоговой лепет не формируются или возникают позже в искаженном виде, интонационная выразительность отсутствует, реакция на обращенную речь проявляется в виде чрезвычайно бедной вокальной продукции, отдельных звукокомплексов, недифференцированной голосовой активности. Ребенок не стремится к звукоподражанию. При глубокой умственной отсталости и РДА эти признаки выражены еще сильнее.

#### Когнитивное развитие

«Комплекс оживления» угасает, уступая место более дифференцированным психическим реакциям. Развивается подражание и активное манипулирование предметами. Действия приобретают целенаправленный характер (настойчивые попытки достать, дотянуться до нужного предмета, после отвлечения возвращает взгляд на то место, где было лицо человека или предмет).

При отклонениях в развитии вместо ориентировочной реакции и игровой деятельности (манипулирования) выражены общий комплекс оживления и подражательная улыбка. В случаях РДА эмоциональные реакции у детей очень избирательны и неожиданны, часто они бывают связаны с неодушевленными предметами.

После 6 месяцев нарушения когнитивного развития достаточно заметны, однако дифференциальная диагностика очень сложна, чтобы определить ведущее нарушение надо соотнести все данные об анамнезе с динамическим наблюдением за ребенком

#### Логопедическое обследование

При целенаправленном наблюдении за развитием ребенка и его соответствием возрастным нормам необходимо отметить следующее:

1. Особенности формирования лепета:
  - отсутствие лепета, смодулированный по громкости и тону лепет, его затухание в этом периоде; постепенное обогащение звукового состава, интонационная выразительность речевой продукции;

- близость лепета к интонационным особенностям родной речи (незавершенность интонации, перепады частоты основного тона по высоте и громкости, удлинение ударных гласных и т.п.);

- лепетные диалоги: постепенный переход от эмоциональной реакции на обращенный монолог матери к диалогу мать — ребенок, в котором они выражают свое эмоциональное отношение друг к другу в сериях слоговых последовательностей (ба-ба-ба, ма-ма-ма);

- умение ребенка выражать свои эмоции в обществе других людей или в одиночестве (при игре с игрушками) с помощью лепета.

## 2. Особенности формирования понимания обращенной речи:

- знает свое имя (реакция на имя), начинает различать имена близких людей — как их называют в семье (мама, папа) и поворачивать голову в их сторону в ответ на вопросы: «Где мама?»; «Где папа?».

## 3. Развитие паралингвистических форм коммуникации:

- выражение своих просьб жестами и требовательными возгласами, криком;
- формирование направленного взгляда («соединяющего»), использование его наряду с жестами, чтобы получить необходимую игрушку, пищу;

- умение всегда смотреть в глаза своему «собеседнику», соблюдать некую последовательность, отдаленно напоминающую диалог, при «беседе» со взрослым (в «диалогических» лепетных сериях).

## 4. Развитие навыков глотания и формирование навыков жевания твердой пищи:

- постепенно ослабевает рвотный рефлекс, сдвигаясь к корню языка, и ребенок получает возможность не только сосать во рту твердую пищу, но и есть рассыпчатую картошку и кусочки бисквита;

- развиваются движения языка из стороны в сторону и вверх-вниз, необходимые для разжевывания твердой пищи во рту, и ребенок перестает выталкивать твердую пищу изо рта движением кончика языка вперед;

- переход от питья кефира (густой жидкости) к умению пить воду из чашки маленькими глотками, не захлебываясь и не поперхиваясь.

## 5. Характер взаимодействия матери и ребенка:

- сколько времени мать уделяет общению с ребенком, играя с ним;

- пытается ли мать активизировать ответную реакцию малыша.

### У этап (9-12 месяцев)

В начале периода — активный лепет, в конце периода большинство детей произносят 5-6 лепетных слов. Нормально развивающиеся дети хорошо подражают интонации взрослого «собеседника», копируют отдельные слоги, восклицания, междометия. Они хорошо выражают свое настроение, изменяя тон, громкость, длительность звучания голоса.

Наличие рудиментарного лепета, однообразных и монотонных голосовых реакций свидетельствует о серьезном отклонении в раннем развитии ребенка, которое может носить как парциальный, так и комплексный характер.



В более легких случаях при компенсации к этому возрасту некоторых синдромальных проявлений (гипертензионно-гидро-цефальный синдром, синдром нервно-рефлекторной возбудимости, вегетативно-висцеральный синдром), нарушения формирования голосовых реакций сочетаются со слабостью слуховых дифференцировок, недостаточностью слухового внимания и трудностью локализации источника звука в пространстве. Это задерживает развитие начального понимания речи у детей с резидуальной неврологической симптоматикой.

К концу первого года жизни выраженными становятся клинические признаки основных форм ДЦП: формируется спастичность, выраженными становятся симптомы атаксии и гиперкинезы, что приводит к нарастанию патологических изменений в тонусе мышц речевого, голосообразующего и дыхательного аппарата.

Дисфункция общих речедвигательных навыков и нарушения механизмов фонации и дыхания косвенно проявляются в стойких трудностях формирования навыков разжевывания твердой пищи, проглатывания и умения пить жидкость маленькими глотками из чашки.

#### Коммуникативная деятельность и дословесные формы общения

Младенец понимает указательные, запретительные жесты, а также выполняет некоторые коммуникативные действия: машет ручкой при прощании, подражая взрослому, для просьбы использует указательный жест. В этом возрасте активно развивается система дословесных форм общения, в которую входят звуки (вокализации), мимика, произвольные движения тела, жесты и взгляды («указательный», «ищущий оценку», «соединяющий»). Задержка формирования или полное отсутствие соответствующих паралингвистических структур в конце первого года жизни свидетельствует о серьезных нарушениях коммуникативной функции речи.

У нормально развивающегося ребенка формируется понимание обращенной речи: отвечает действием на словесные просьбы (например, хлопает в ладоши при слове «ладушки»), кивает головой в знак «согласия-несогласия». К 12 месяцам появляется речевое общение при помощи первых слов, как правило, обозначающих близких людей, любимую игрушку, часто выполняемое действие.

#### Когнитивное развитие

У ребенка формируются первые наглядно-действенные представления, являющиеся сенсорно-перцептивной основой формирования обобщенного мышления и речи у детей раннего возраста. Особую форму деятельности младенца представляет собой подражание (движениям, жестам, выражению лица, голосу, простым словам) взрослому человеку, которое становится осознанным и разнообразным в конце первого года жизни.

При выраженных нарушениях психоэмоционального и когнитивного развития наблюдаются:

1. маловыразительная и однообразная мимика;
2. эмоциональные проявления в форме хаотической двигательной активности или оральных синкинезий;
3. неадекватные реакции на речевое обращение, словесные инструкции, демонстрируемое действие.

#### Логопедическое обследование

Важнейшими диагностическими параметрами оценки речевого развития ребенка к 1 году являются:

1. первоочередное усвоение основных прагматических аспектов человеческой коммуникации (младенец смотрит в глаза собеседнику, соблюдает очередность «высказываний», кивает головой — «согласен/не согласен», машет ручкой — «до свидания» и т.п.);

2. хорошее понимание обращенной речи (знает свое имя, понимает простые вопросы, реагирует на запреты, выполняет простую инструкцию);

3. завершение лепетной стадии (активный лепет, его интонационная окрашенность и близость к выразительным мелодико-ритмическим особенностям речи взрослых, переход от аутолалической стадии лепета к лепетным диалогам с мамой, подражанию новым слогам);

4. появление первых слов и переход к речевой коммуникации (в лепете различаются первые слова, близкие по своей структуре к лепету, развивается подражание значимым словам взрослых людей в форме нескольких упрощенных слов);

5. условия, наиболее влияющие на активизацию звуковой/речевой активности ребенка: тактильно-эмоциональное, эмоционально-речевое, предметно-действенное общение ребенка со взрослым или сочетание этих форм;

6. сформированность базовых навыков глотания и жевания.

Опрос родителей и анализ результатов наблюдения за ребенком первого года жизни целесообразно проводить опираясь на общие закономерности развития первых психических реакций младенца в онтогенезе, их зависимость от формирования двигательных функций, соматического здоровья ребенка и других факторов (например, особенностей эмоциональных отношений в семье).

Любые выявленные у младенца нарушения голосового, дыхательного или артикуляционного компонента произносительной стороны речи требуют проведения своевременных коррекционных мероприятий, дополнительного обследования ребенка у других специалистов (невропатолога, отоларинголога, сурдолога), а трудности формирования коммуникативной деятельности — консультирования у детского психолога.