

Якубовская, Е. А. Тема 7. Развитие социального ориентирования у детей с нарушением функций ОДА / Е. А. Якубовская // Основы методики коррекционно-развивающей работы : учеб.-метод. пособие / И. Н. Миненкова, В. В. Радыгина, Е. А. Якубовская. – Минск : БГПУ, 2013. – С. 175–197.

Тема 7. Развитие социального ориентирования у детей с нарушением функций ОДА.

Требования к компетентности обучающихся по теме

Студенты должны знать:

- особенности оказания помощи детям раннего возраста с нарушениями функций ОДА при приёме пищи, одевании (обувании) и раздевании (разувании), пользовании туалетом, умывании;

- основные направления работы по развитию навыков социально-бытовой ориентировки у детей с двигательными нарушениями.

Студенты должны уметь:

- оказывать помощь детям с двигательными нарушениями при приёме пищи, одевании (обувании) и раздевании (разувании), пользовании туалетом, умывании;

- оказывать консультативную помощь по вопросам развития социального ориентирования родителям, воспитывающим детей с двигательными нарушениями.

Формирование навыков самообслуживания и социально-бытовой ориентировки

Дети с церебральным параличом испытывают особые трудности при овладении навыками самообслуживания (умением самостоятельно есть, одеваться и раздеваться, общегигиеническими навыками). Нарушения двигательного и психического развития при ДЦП, трудности, которые испытывают дети в повседневной практической жизни, гиперопека со стороны родителей — все это снижает мотивацию к овладению навыками самообслуживания и социально-бытовой ориентировки. Несформированность мотивации к самообслуживанию может стать причиной бездеятельного образа жизни, фактором, тормозящим дальнейшее овладение трудовыми и профессиональными навыками. При формировании навыков самообслуживания и бытовой ориентировки необходимо учитывать наличие у детей с церебральным параличом целого ряда нарушений общей моторики и функциональных движений кисти и пальцев рук, речи, познавательной деятельности, в частности недостаточность пространственных представлений.

Обучение должно быть максимально индивидуализировано в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Важно, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Все бытовые умения и навыки отрабатываются в пассивно-активной форме (с помощью педагога или родителей), постепенно роль взрослого уменьшается и наконец ребенок, по возможности, овладевает самостоятельным выполнением различных действий.

Педагоги и родители должны быть предельно внимательны к ребенку и часто хвалить его даже за самые небольшие достижения. Не следует постоянно указывать ребенку на его ошибки и неправильные движения. Если взрослый, пытаясь обучить ребенка, нервничает, спешит, тот быстро теряет интерес к деятельности, которая вызывает у него затруднения, и долго будет требовать, чтобы его кормили, одевали, причесывали, умывали.

Важной задачей при развитии навыков самообслуживания является обучение самостоятельному приему пищи. Одной из главных причин, затрудняющих формирование этого навыка, является недостаточное развитие у детей зрительно-моторной координации, схемы движения «глаз—рука» и «рука—рот». Эти схемы движения необходимо развивать, начиная работу еще на первом году жизни. Для того чтобы у ребенка развивались

необходимые предпосылки для формирования навыка самостоятельного приема пищи, уже на первом году жизни в момент кормления надо тянуть руки ребенка к бутылочке с молоком, помогать направлять свои руки ко рту, препятствуя только сосанию большого пальца. Если взрослый поит ребенка из чашки, надо класть его руки на (или под) руки взрослого, держащего чашку.

Во время кормления ребенку необходимо надевать фартук или нагрудник с глубоким карманом внизу. Если у ребенка еще слабо развиты реакции равновесия, обучать навыкам самостоятельного приема пищи надо, посадив его на специальный стул так, чтобы обе руки были свободны. Для большей устойчивости этого положения его можно фиксировать поясом. Если у ребенка сильно выражены произвольные движения и он с трудом сохраняет равновесие в положении сидя, необходимо фиксировать его стопы. Однако все приспособления для фиксации должны использоваться как временные средства в начале обучения.

Начинать обучение рекомендуется с приема твердой пищи. Затем используют густую и полужидкую пищу (каши, пюре). Вначале прививают навык подносить свою руку ко рту, затем брать кусок хлеба, бублик, сухарь, ложку и подносить их ко рту. На первых занятиях лучше использовать небьющиеся чашки и тарелки. Желательно, чтобы ложки, а позже вилки, которыми пользуется ребенок, имели пластмассовые рукоятки, так как такие приборы меньше скользят по поверхности стола. Для начального обучения приему пищи лучше использовать десертную ложку. Для более удобного захвата ручку ложки можно изменить (изогнуть, подобрать толщину, длину). При сильно выраженных гиперкинезах, атаксии тарелку нужно закрепить.

Важно научить ребенка брать кружку или чашку, удерживать ее в одной или двух руках и пить из нее. При обучении питью можно сначала использовать резиновую трубку, соломинку, поильник с носиком, кружку с двумя ручками, пластмассовый стакан с вырезанным краем.

Ребенка с церебральным параличом надо обязательно приучать есть за общим столом с другими членами семьи. При обучении ребенка самостоятельному приему пищи важно помнить и о развитии общегигиенических навыков: мытье рук до и после еды (с мылом и без), вытирание рта и рук салфеткой.

Обучая ребенка правильно умываться, нужно прививать ему умение совершать действия в определенной последовательности. На первых этапах можно показать и объяснить самые простые действия (засучить рукава, смочить руки водой, потереть ладони). Позже, когда у ребенка образуются отдельные умения, нужно усложнить требования — учить открывать и закрывать кран, пользоваться мылом, полотенцем. Постепенно нужно научить детей чистить зубы, умываться, вытираться, причесываться.

Формируя навыки самообслуживания, важно обучить ребенка действиям, которые требуется выполнять во время раздевания и одевания. Начинать учить снимать и надевать одежду лучше с майки, трусов, шапки, т.е. с одежды, не требующей застегивания. Позднее применяются различные приспособления для тренировки таких тонких движений, как расстегивание и застегивание пуговиц (сначала больших, потом мелких), расшнуровывание и шнурование ботинок. Эти же навыки тренируются при раздевании и одевании больших кукол. После закрепления в играх на кукле они переносятся на самого ребенка.

При развитии навыков социально-бытовой ориентировки важно научить ребенка пользоваться предметами домашнего обихода, овладеть различными действиями с ними: открывать и закрывать дверь, пользоваться дверной ручкой, ключом, задвижкой; выдвигать и задвигать ящики; открывать и закрывать кран; пользоваться осветительными приборами; включать и выключать телевизор, радио, регулировать силу звука; снимать телефонную трубку, вести разговор по телефону, правильно набирать номер.

Обязательно нужно стимулировать и поощрять стремление ребенка к самостоятельной деятельности. Если ему хочется все делать самому, педагоги и родители должны оказывать

лишь необходимую помощь. В дальнейшем по мере усвоения навыка потребность в непосредственной помощи взрослого при выполнении определенных движений постепенно снижается. При этом важно учитывать возможности ребенка и четко знать, что можно от него потребовать и в каком объеме. Все занятия лучше проводить в игровой форме и обязательно поощрять ребенка за правильное выполнение действий, результаты которых он всегда должен видеть.

Ребенок с церебральным параличом, поступающий в школу, должен уметь самостоятельно одеваться, раздеваться, застегивать и расстегивать пуговицы, кнопки и молнии, снимать и надевать обувь, не путая правую и левую ногу, расшнуровывать и зашнуровывать ботинки; самостоятельно есть, пить из чашки, уметь пользоваться столовыми приборами (ложкой, вилкой) и салфеткой, носовым платком, зубной щеткой, расческой; уметь мыть руки, умываться, вытираться.

Овладение навыками самообслуживания делает ребенка более независимым в домашней, школьной и общественной среде, снижает степень его инвалидности, что очень важно для социальной адаптации ребенка и дает возможность подготовить его к овладению профессией.

Развитие оральной моторики в процессе еды

С самого рождения и в течение первых лет жизни кормление является проблемой для большинства детей с церебральным параличом. Однако важно знать, что правильное питание необходимо для физического, эмоционального, социального развития и для правильного формирования зубов. Грамотное кормление – основа будущей речи.

Развитие и коррекция оральной моторики в раннем возрасте самым непосредственным образом связаны с нормализацией процесса питания. По данным Колин Рудольф, развитие навыков питания связано с развитием моторных навыков (таблица 5).

Таблица 5 – Связь типа питания с развитием моторики

Возраст ребенка (мес.)	Тип питания	Развитие движений рта	Моторное развитие
0-4	Сосание жидкости из груди или бутылки	Движения вытягивания-втягивания языка. Сосательные движения губ	Развитие способности удерживать голову
4-6	Ребенок начинает держать бутылку во время еды. Переход от сосания к жеванию пореобразной пищи из ложки	Перемещение языком комочков от передней части рта к глотке. Переход к произвольным (управляемым) движениям губ	Развитие способности схватывания и удерживания предметов двумя руками. Сидение с поддержкой
6-8	Ребенок сам ест хлеб и печенье. Пюреобразную пищу ест из ложки с использованием резцов. Питье из чашки	Появление вращательных движений языка. Движения губ становятся более управляемыми. Недостаточная координация между движениями губ, жеванием, глотанием и дыханием - ребенок поперхивается, захлебывается, пища вытекает изо рта	Передача предмета из руки в руку. Сидение без поддержки
8-12	Ребенок начинает самостоятельно есть густую и размятую пищу с помощью ложки. Самостоятельное питье с удерживанием чашки	Перемещение кусочков пищи языком. Движения губ и языка начинают координироваться, но пища еще вытекает изо рта	Хорошее удерживание головы. Сидение без поддержки. Стояние и ходьба с поддержкой

12-18	Самостоятельная еда мягкой пищи и питье с точным движением рук ко рту	Жевание с улучшенным перемещением пищи на поверхности коренных зубов. Движения рта во время еды координированы. Появляются первые слова	Сидение без поддержки. Самостоятельная ходьба и стояние. Ребенок делает попытки самостоятельно раздеваться
18-24	Ребенок осваивает твердую пищу: мясо, сырые фрукты и овощи. При питье начинает удерживать чашку одной рукой	Круговое жевание. В процессе еды активно тренируются мышцы губ, челюстей, языка, мягкого неба, совершенствуется их координация. Накапливается словарь, и появляются фразы	Ребенок начинает бегать. Все движения становятся более координированными. Ребенок осваивает раздевание и одевание. Учится самостоятельно умываться и чистить зубы
>24	Любая пища	Сформированное жевание и питье. У ребенка развивается связная речь	Бегаёт, прыгает. Самостоятельно раздевается и одевается, осваивает все навыки самообслуживания

Начиная с рождения ребенка необходимо стремиться к тому, чтобы привести процесс приема пищи к физиологической норме.

Для нормализации приема пищи можно воспользоваться рекомендациями Сюзан Эван Моррис, Марши Дан Клейн, Марии Борковской, Г.Я. Левинной. Они пишут, что затруднения в приеме пищи детьми носят *как физиологический, так и психологический характер*, и в каждом конкретном случае необходимо стремиться к пониманию причин этих затруднений.

Прежде всего, необходимо правильно выбрать позу ребенка для кормления. Г.Я. Левина пишет о необходимости стимуляции безусловных рефлексов перед началом кормления в первые 2–3 месяца жизни ребенка. Она рекомендует:

- прикоснуться соском матери или теплой соской к губам ребенка;
- медленно провести соском или соской по губам, щеке, добываясь ответной рефлекторной реакции. Если реакция отсутствует, воспроизвести ее пассивно;
- в течение дня несколько раз легко постукивать по щекам ребенка;
- стимулировать открывание рта при помощи тактильного раздражения губ.

Эти приемы осуществляются не более 2–3 раз за один подход, так как при большом количестве повторений рефлекс может тормозиться.

В процессе сосания мать находит такое положение, чтобы ее руки были свободны. Одной рукой она помогает ребенку обхватить губами сосок, а другой рукой в такт легкому сжиманию губ слегка выдавливает молоко. Если у ребенка есть сосательные движения, но молоко выливается из-за их слабости, мать прижимает губы ребенка к соску или поддерживает только нижнюю губу. При этом следует постепенно снижать объем помощи при кормлении ребенка, чтобы стимулировать его активность.

Детям, которые не берут грудь, нужно давать жидкую пищу и учить их сосать в позиции полулежа. Необходимо правильно подобрать размер отверстия в соске, чтобы из нее выливалось около 20 капель молока в минуту.

При отсутствии сосательного рефлекса его нужно попытаться вызвать. Для этого перед каждым кормлением нужно сначала провести легкое раздражение губ и кончика языка концом соски, одновременно рукой выдвигая и удерживая губы ребенка так, чтобы они охватывали соску. При этом можно ввести несколько капель молока в рот ребенка. В качестве дополнительной стимуляции сосательного рефлекса рекомендуется гладить большим пальцем дно ротовой полости. Можно также попробовать легкое сжатие крыльев носа ребенка после выдоха.

При кормлении необходимо удерживать бутылку в таком положении, чтобы жидкость не выливалась из нее, а активно вытягивалась ребенком. Постепенно угол наклона бутылки и размер отверстия в соске изменяются, чтобы ребенок увеличивал активность сосания.

Для детей постарше может быть полезна бутылка не с соской, а с трубочкой 5x30, вставленной в резиновую пробку. Постепенно необходим переход от сосания в позиции полулежа к сосанию сидя. При этом нужно стремиться к тому, чтобы сосание осуществлялось с ровно удерживаемой головой. Для этого лицу, кормящему ребенка, рекомендуется обхватить одной рукой голову ребенка сзади и удерживать смыкание губ с помощью среднего пальца под нижней губой, указательного — над верхней губой и остальных пальцев — под подбородком. Одновременно большим пальцем этой руки удерживается голова в районе лобно-височной области (рис. 1). Иногда для обучения ребенка сосанию необходимо участие двух человек.



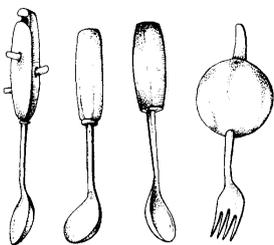
Если сосательный рефлекс удерживается слишком долго, его необходимо затормаживать. Для этого проводится раздражение губ и кончика языка ребенка при блокировке их движений. Параллельно следует отрабатывать торможение кусательного рефлекса, вызывая его путем раздражения десен при сомкнутых челюстях. Одновременно нужно переходить к кормлению ребенка более густой пищей. При этом полезно давать булку, размоченную в молоке, сначала мягкую, а потом постепенно более жесткую.

С 4–5 месяцев необходимо учить ребенка брать пищу с ложки. При приеме пищи с ложки голова ребенка должна быть слегка наклонена вперед, так как наклон головы назад ведет к повышению тонуса мышц в оральной области. Ложку нужно располагать на уровне губ ребенка и легким прикосновением к губам побуждать его к активному приему пищи. Следует стремиться к тому, чтобы ребенок сам тянулся губами к ложке, а не вкладывать ложкой еду ему в рот. Далее ложку с едой нужно положить на переднюю часть языка, слегка нажимая книзу и назад, и ждать, когда ребенок снимет верхней губой пищу. Если ребенок не делает никаких движений, то рекомендуется помочь ему, придерживая верхнюю губу. После того как ложка вынута изо рта, следует поднять и придержать нижнюю челюсть, чтобы рот был закрыт до момента глотания. Стимулировать глотание можно, легко нажимая снаружи на дно ротовой полости в направлении к глотке.

М. Борковская предупреждает, что необходимо следить за тем, чтобы ребенок брал пищу с ложки именно губами, а не зубами и удерживал губы сомкнутыми при перемещении пищи во рту, жевании и глотании. Ложку нужно подставлять к середине рта передней частью, но пищу укладывать в боковые отделы рта, чтобы стимулировать чувствительность разных сфер жевания. В процессе еды рекомендуется контролировать раствор рта, чтобы он был не слишком большим.

Кормление тем проще, чем меньше пищи в ложке. Наполнять ложку рекомендуется на 1/3 и располагать еду на краю ложки. При патологической стойкости кусательного рефлекса используются максимально плоские ложки.

По мере развития манипулятивных способностей ребенка обучают самостоятельно пользоваться ложкой. Сначала он удерживает ложку, обхватывая ее с одной стороны большим пальцем, а с другой — остальными. Если у ребенка не формируется захват черенка ложки, можно попробовать увеличить толщину черенка с помощью насадок или обертывания. Толщину подбирают индивидуально и постепенно уменьшают (рис. 2).



Если ребенок не удерживает голову, то подбирается оптимальная поза для кормления его с помощью ложки. Для этого М. Борковская рекомендует следующие положения и способы.

Взрослый сидит на стуле за высоким столом. Ребенок сидит на его коленях. Предплечья ребенка лежат на столе. Взрослый одной рукой придерживает голову ребенка в области рта, другой - его кормит.

Ребенка сажают в специальное креслице. Это кресло может лежать на коленях взрослого или на другой опоре.

Ребенка, который не может самостоятельно сидеть, взрослый усаживает на свои колени боком или лицом к себе с широко расставленными ногами. При этом одной рукой взрослый поддерживает ребенка в области спины и шеи. Для обучения жеванию используется мягкая густая пища — вареное яйцо, вареный картофель, банан и т. п. Сначала взрослый показывает ребенку, как нужно кусать и жевать. Потом небольшое количество пищи вкладывается в рот ребенка, и взрослый формирует необходимое движение (рис. 3). Это нужно делать осторожно, чтобы ребенок не прикусил язык.



В перерывах между кормлениями ребенку дают печенье, очищенное яблоко, т.е. такую пищу, которую он не откусывает, а скоблит зубами. При этом ребенок учится захватывать твердую пищу, воспроизводить жевательные движения и перемещать пищу языком спереди назад.

Для развития латеральных движений языка рекомендуется класть ребенку в рот кусочки вкусной еды поочередно за щеки и контролировать, как он ищет эту еду, жует и проглатывает. Это можно превратить в игру. Но нужно помнить, что ребенку с расстройствами координации в оральной области нельзя класть в рот большие куски твердой пищи и даже небольшие куски пищи, которую нужно не разжевывать, а рассасывать или разгрызать, — например, карамель, орехи или горошины витаминов. Это может привести к попаданию твердых частиц в дыхательные пути.

Необходимо контролировать объем пищи, находящейся во рту, и своевременное ее проглатывание. Превышение объема пищи может привести к рвотной реакции и появлению негативного отношения к твердой еде.

Навык питья из чашки начинает формироваться у детей в возрасте 6–9 месяцев. Освоение этого навыка также может быть сложным для ребенка с ДЦП. Трудности заключаются и в необходимости удерживать чашку и подносить ее ко рту, и в изменении движений губ и языка при переходе от сосания к питью из чашки. В связи с этим рекомендуется сначала обучать ребенка питью через широкую короткую трубочку с небольшим отверстием.

В начале обучения самостоятельному питью рекомендуется наливать в чашку жидкость небольшими порциями – не более 1/4 чашки. Для поощрения можно давать ребенку такое питье, которое он особенно любит.

Важно научить ребенка координировать питье и дыхание. Для этого необходимо вырабатывать ритм питья, например: 2 глотка – остановка для дыхания. Постепенно количество глотательных движений увеличивается.

В том случае, если ребенок может пить из чашки, но не удерживает ее, взрослый, стоя за спиной ребенка, вкладывает чашку в его руку и помогает осуществить нужное действие. При этом может использоваться чашка с двумя ручками, чтобы ребенок держал ее двумя руками. Возможен вариант, когда взрослый одной рукой держит чашку, а другой поддерживает нижнюю челюсть ребенка, помогая и направляя ее движения.

Для того чтобы при кормлении из ложки или чашки у ребенка не проявлялся нередуцированный кусательный рефлекс, нужно подносить ложку и чашку к губам, а не к зубам. В том случае, если рефлекс проявился и ребенок стиснул зубами предмет, нужно спокойно помочь ему расслабить челюсти легкими поглаживаниями и похлопываниями по нижней челюсти, а также небольшими покачиваниями его головы.

Для снижения сензитивности и гиперрефлексии оральной области полезна ранняя подготовка ребенка к чистке зубов. Для этого можно сначала водить своим пальцем и пальцем ребенка по челюстям, имитируя чистку зубов, использовать для этого мягкую губку, а затем – зубную щетку. Для положительной стимуляции процесса можно капнуть на губку немного

сладкого сиропа, постепенно приучая ребенка к зубной пасте. Для полоскания рта можно использовать специальный шприц, наклоняя голову ребенка над емкостью.

Коррекцию орально-моторной сферы необходимо проводить прежде всего в процессе кормления ребенка. Процесс еды является естественной тренировкой тех периферических органов, которые используются для речи. Поэтому очень важно нормализовать и развивать координированные движения приема пищи.

Уход за полостью рта

Детям с церебральным параличом обычно очень трудно лечить зубы, из-за проблем, связанных с питанием и особенно с жеванием. Их зубы восприимчивы к кариесу, а десны легко воспаляются и опухают, поэтому очень важен постоянный и правильный уход за полостью рта. Чистить зубы детям с церебральным параличом трудно – их рот и десны гиперчувствительны.

Механическая чистка делает рот чистым и здоровым, а не зубная паста.

Во время чистки зубов ребенок должен сидеть, это позволит ему хорошо контролировать положение головы и туловища.

Когда ребенок еще маленький, вам будет легче почистить ему зубы, если вы сядете на табурет перед умывальником и посадите ребенка к себе на колени. Ребенку старшего возраста, умеющему самостоятельно чистить зубы, понадобится табуретка, которую необходимо поставить рядом с умывальником. Она даст возможность ребенку опереться руками, что обеспечит ему дополнительную устойчивость.

Если у вашего ребенка плохо закрывается рот или он слишком чувствителен, возможно, полезным окажется контроль челюсти, который применяется при кормлении. Помните, что чистить десны также важно, как и зубы; всегда массируйте десны по направлению от основания десны к зубам. Когда вы чистите десны и зубы с внешней стороны, делайте круговые движения, при этом челюсти ребенка должны быть сомкнуты, а голова слегка наклонена вперед.

Со временем ваш ребенок научится выплевывать собравшуюся воду, слюну и пасту. В качестве первого шага в обучении поступайте так: приоткройте ребенку рот, чтобы почистить десны и зубы с внутренней стороны и выпустите собравшуюся воду. Следите, чтобы голова ребенка не запрокидывалась назад, иначе он может подавиться и закашляется.

Для детей с церебральным параличом электрическая зубная щетка имеет значительные преимущества. Независимые исследования, проведенные в США и Швейцарии показали, что у детей, использующих электрическую зубную щетку, десны и зубы намного здоровее, чем у тех, которые пользуются обычной щеткой. Это объясняется двумя основными причинами. Во-первых, таким детям иногда трудно выполнять правильные движения, обеспечивающих чистку с помощью обычной щетки, в то время, как электрическая щетка, требуя меньших усилий, более проста в использовании. Во-вторых, дети с церебральным параличом никогда не могут чистить рукой так интенсивно и точно, в то время, как электрическая щетка автоматически тщательно массирует и десны, и подлежащие ткани; в норме массаж десен происходит при жевании твердой пищи, а у таких детей из-за трудностей с жеванием он отсутствует, десны становятся рыхлыми и опухают.

Некоторые положения при кормлении

При кормлении, очень важен контроль за "всем телом" ребенка. Если ребенок находится в нестабильном положении, у него будет увеличиваться тонус или будут усиливаться произвольные движения, даже раньше, чем бутылочка или ложка окажутся у него во рту, и ему будет гораздо труднее сосать и двигать губами; по возможности, старайтесь не придерживать голову малыша за затылок, так как это немедленно вызовет выгибание туловища и запрокидывание головы.

Хорошие положения для кормления маленьких детей и детей с тяжелыми ограничениями следующие. Ноги ребенка разведены, ваше тело препятствует их соединению; его руки и голова выведены вперед, а вы удерживаете его в этом положении, положив ему ладонь на нижнюю часть

груди. Если вам необходимо освободить руку, чтобы помочь ребенку контролировать рот, надавите на грудь малыша предплечьем. Поставьте тарелку с едой рядом с собой, чтобы ребенок мог ее видеть, а не на стол, иначе ему придется оборачиваться, чтобы узнать, откуда появляется ложка.

Хорошая поза для кормления ребёнка, который может удерживать небольшое равновесие в положении сидя, - посадить его у себя на коленях. Можно предотвратить резкое выгибание туловища, согнув его ноги в тазобедренных суставах и поддерживая их под коленями так, чтобы ноги были выше ягодиц. Если ребенку необходима дополнительная поддержка для верхней части спины и плеч, и при этом надо контролировать рот, то ваша рука очень устанет; чтобы избежать этого, положите локоть той руки, которую вы используете для поддержки ребенка, на стол, подложив подушку. Как отмечалось ранее, важно ставить тарелку с едой обязательно перед ребенком, а не у него за спиной.

Как только ребенок научится управлять головой и туловищем, кормите его, посадив в стульчик, - нет необходимости продолжать кормить его у себя на коленях. Когда ребенок сидит в стульчике рядом или перед вами, убедитесь, что ваши глаза находятся на одном уровне с его глазами или чуть ниже, иначе он вынужден будет запрокидывать голову, чтобы посмотреть на вас.

Внимательно следите за тем, чтобы ребенок не сидел с согнутой спиной, так как такое положение сделает глотание почти невозможным. Вы когда-нибудь пробовали глотать, запрокинув голову назад? Также следите, чтобы его бедра и колени были согнуты под правильным углом, а ноги слегка разведены; иногда для фиксации такой позы необходим паховый ремень.

Слюнотечение и открытый рот

Это общая проблема у детей с церебральным параличом, и она, конечно, не исчезнет, если родители постоянно в течение дня будут напоминать детям закрывать рот и глотать слюну. Послушный ребенок, конечно, будет стараться заглотнуть слюну, но проглотить ее он не сможет, и его усилия будут иметь только кратковременный эффект. Как только он вновь откроет рот - из-за спазма мышц или во время еды, бормотания или при попытке говорить, - собравшаяся слюна снова будет вытекать.

Вы окажете большую помощь своему ребенку, если периодически в течение дня будете помещать свой палец между его верхней губой и носом, осуществляя крепкое и продолжительное надавливание; делайте так, ничего ему не говоря, не прерывая его игру. Постепенно вы обнаружите у ребенка спонтанное закрытие рта и спонтанное глотание. Дополнительно продолжайте применять контроль за движениями рта во время еды и питья, так как это поможет малышу научиться правильно сглатывать слюну.

Жевание

Чтобы научить ребенка жевать, лучше всего сделать так: положите ему между боковыми зубами кусочек мяса или корочку черного хлеба и помогите закрыть рот, надавливая на нижнюю челюсть средним пальцем. Чтобы заставить его откусить, сначала слегка надавите на боковые зубы кусочком хлеба, потом просуньте его между зубами и помогите ребенку закрыть рот, применяя контроль челюсти. Как только ребенок научится кусать, следите за тем, чтобы его челюсти оставались закрытыми, здесь снова важен контроль челюсти, он обеспечивается крепким продолжительным прижиманием среднего пальца, что приводит к жевательным движениям; не двигайте челюсть ребенка и не пытайтесь заставить его открывать и закрывать рот, как будто он жует, не применяйте прерывистое нажатие - все это приведет к усилению неправильных движений.

Если во время кормления ребенок поперхнется или подавится, быстро и резко наклоните ребенка вперед, хорошо его согнув, и не нервничайте; если вы быстро и спокойно среагируете, ничего опасного не случится - кусочек пищи выскочит, а ребенок не успеет испугаться. **Не хлопайте** его по спине, так как он вдохнет, пища попадет в дыхательные пути, а это может привести к удушью (аспирации).

Питье

Маленькому ребенку с нарушениями работы мышц рта трудно научиться пить жидкости, поэтому некоторое время будет необходима ваша помощь. Здесь вновь важен контроль за положением всего тела и головы, и особенно за челюстями. Как мы уже отмечали выше, никоим образом не используйте простое заливание жидкости в рот тем или иным способом. В этом случае ребенку навязывается совершенно пассивная роль - он не учится, а вы можете оказаться в худшем положении, так как вероятнее всего возрастет чувствительность слизистой рта ребенка, а также можно спровоцировать попадание жидкости в дыхательные пути.

Начинайте с использования пластикового стаканчика с выступающим краем. С одной стороны сделайте выемку для носа, это позволит вам наклонять стакан до тех пор, пока не выльется последняя капля, при этом нет необходимости наклонять назад голову ребенка, а вы сможете видеть, что происходит у него во рту и контролировать.

Главное условие правильного питья - закрытый рот. В том случае, когда челюсти остаются закрытыми, а край стакана находится между губами ребенка, он может использовать губы и постепенно учится глотать, не заглатывая воздух. Наклоняйте стакан так, чтобы жидкость могла коснуться верхней губы малыша, а остальное он сделает сам. Не убирайте стакан после каждого глотка. Для начала используйте густые жидкости, например йогурт; воздержитесь от кислых напитков, которые вызывают обильное слюноотделение.

Первые шаги к самостоятельному приему пищи

Ребенок со слабостью мышц или с сильной спастической тетраплегией часто не может просто поднести руки к лицу, а тем более взять что-либо и положить в рот. Должно быть принято во внимание, что существует четкая разница между проблемами этих двух форм церебрального паралича. Ребенок с атетической формой держит руки на расстоянии от тела, он слабо контролирует положение головы и с большим трудом фиксирует взгляд, хватательные движения у него слабые и неэффективные. У ребенка со спастическим тетрапарезом поражено все тело, обе руки прижаты к бокам или к груди, кисти сжаты в кулак, большие пальцы приведены к ладоням, и раскрыть ладонь трудно.

С другой стороны, у ребенка со спастической диплегией нарушения в движениях головы, рук и пальцев выражены в меньшей степени, в возрасте около 5 месяцев он способен без больших трудностей, лежа на спине или животе во время игры, засовывать в рот все что угодно. Однако, трудности станут заметны, когда он сядет, так как он не может удерживать равновесие в положении сидя, и ему приходится опираться на руки. Если он поднимет руку, чтобы поднести ее ко рту, или слегка наклонит голову назад, то может упасть на спину.

Ребенок, у которого парализована одна сторона, также сможет без особых трудностей следовать обычным путем к самостоятельной еде. Однако, он будет пользоваться только "здоровой" рукой и, в будущем, не сможет кушать с помощью ножа и вилки. Не имеет смысла заставлять такого ребенка пользоваться спастичной рукой, пока у него не будет хорошего захвата другой рукой, и пока он не сможет свободно ею двигать; проблема в том, что при попытке пользоваться ножом и вилкой, усилие, которое прилагается, чтобы резать "здоровой" рукой, делает пораженную руку слишком напряженной для того, чтобы держать вилку и подносить ее ко рту.

Вот другой пример "ассоциативной реакции". Это тот случай, когда ее можно преодолеть, позволив ребенку использовать довольно распространенную манеру есть: сначала разрезать еду на кусочки, затем положить нож и с помощью "здоровой" руки поднести вилку ко рту. Тем не менее ребенок должен постепенно научиться держать вилку в спастичной руке, надавливая на черенок указательным пальцем. Сначала надо освоить именно это изолированное движение, указательный палец выпрямлен и надавливает вниз, остальные пальцы согнуты. Затем применить его на практике - накалывая вилкой пищу.

Мы не должны забывать, что даже обычные дети не могут умело пользоваться ножом, пока им не исполнится приблизительно 5 лет.

Когда ребенок учится есть самостоятельно, не ждите, что каждый глоток будет успешным, и будьте готовы к неудачам. Пластиковый детский нагрудник с длинными рукавами, глубоким карманом внизу и с завязками сзади обязателен на это время. Дайте ребенку достаточно времени и не лишайте его похвалы за успехи, иначе вскоре он потеряет интерес к этому занятию и с радостью позволит кормить себя.

До тех пор, пока ребенок не научится достигать равновесия в положении сидя, ему нужно помогать контролировать позу, усаживая в стульчик, чтобы обе его руки были свободны; первое и основное - это, конечно, подходящий стул, при необходимости используйте паховые ремни или простой ремень вокруг талии. В случае с ребенком с гиперкинезами ремень вокруг ступней обеспечивает устойчивость и удерживает ноги внизу, но применяйте этот метод только, как временную меру.

Начинайте готовить ребенка к самостоятельной еде, когда он еще младенец. Кладите его руки на бутылочку во время еды. Пусть он тянет руки в рот, пробует все во время игры, но никогда не поощряйте его сосать большой палец. Позже, когда вы будете кормить его с ложки и поить из кружки, время от времени раскрывайте его ладони и кладите их на свои руки или вкладывайте в них стакан.

Когда ребенок захочет есть самостоятельно, внимательно проанализируйте его возможности с тем, чтобы вы точно знали, когда и в чем ему понадобится ваша помощь. Не беспокойте его чрезмерно и понапрасну, сводите свою помощь к минимуму, и это приведет к максимальному эффекту.

Применяемые "приспособления" при кормлении младенцев должны быть использованы вами как можно реже. Однако, некоторые из них иногда будут в чем-то полезны. Для ребенка, которому трудно зачерпывать еду ложкой, наиболее подойдет глубокая миска, а не плоская тарелка, а подставка предотвратит скольжение; если ребенок умеет пользоваться глубокой тарелкой, используйте тарелку-термос, которая имеет внутри своего основания емкость для горячей воды. Это позволит еде оставаться подольше теплой, так как многие дети с церебральным параличом едят очень медленно.

Необходимо помнить о такой важной задаче, которую мы все время решаем, когда самостоятельно едим: надо брать свою ложку, вилку, нож, стакан - это нелегкая задача для ребенка с церебральным параличом. Справиться с ней будет легче, если вы положите столовые приборы на большую подставку (салфетку), которая предотвратит скольжение, и обеспечит дополнительную помощь. Когда ребенок научится различать такие понятия, как "лево", "право", "верх", "низ", подкрепите его знания, научив его правильно раскладывать столовые приборы. Позже побуждайте ребенка накрывать на стол для всей семьи.

Ложки, вилки и ножи могут быть с пластиковыми ручками; они бывают трех размеров и их можно согнуть так, как вам необходимо. Резина или пластик трубчатой формы могут стать хорошей временной ручкой для столовых приборов. Не забудьте заменить приспособленную ложку на обычную, как только ребенок научится ее держать, в большинстве случаев самой подходящей является десертная ложка.

Иногда необходимо помочь ребенку, который подносит ложку ко рту не прямо, а сбоку из-за того, что самостоятельно не может развернуть кисть. Для этого положите свою руку на руку ребенка, разворачивая кисть ребенка у основания большого пальца с помощью своего большого пальца; если он все еще не может справиться, слегка надавите ложкой ему на язык.

Когда ребенок ест сам, не критикуйте его и не поправляйте его постоянно. Например, открытый рот или высунутый язык - это часть образца движения разгибания. Отклонение нижней челюсти и языка на одну сторону - это часть общей асимметрии движений; неспособность контролировать положение головы указывает на нестабильное положение таза и туловища (стабильность необходима, чтобы нижняя челюсть, губы и язык могли работать

координирование). Если у вашего ребенка есть дополнительные проблемы с мягким небом, **будьте осторожны, никогда не давайте** ему мягкую или вязкую пищу, такую, как бананы.

Развитие навыков приема пищи в раннем возрасте тесно связано с развитием речи в будущем; любая погрешность, допущенная или продолжающая существовать, несомненно, повлияет на попытки ребенка лепетать, а позже - произносить членораздельные звуки. Тесно сотрудничая с логопедом в стремлении избежать неправильных навыков при кормлении, вы также будете помогать ребенку развивать правильные движения рта, языка и губ, которые ему будут необходимы, когда он начнет говорить.

Несмотря на трудности, прием пищи должен быть приятным времяпровождением для ребенка и его родителей - старайтесь не нервничать, поскольку, глядя на вас, ребенок тоже будет беспокоиться.

Помните, что необходимо научить ребенка мыть руки до и после еды и потом вытирать рот и руки салфеткой - это важные составляющие программы самостоятельного питания.

Задание для самопроверки и самооценки

Поразмышляйте, что является причиной поведения, описанного в кейсе, какие педагогические приёмы позволят изменить его и сформировать у ребёнка санитарно-гигиенические навыки и навыки самообслуживания.

Кейс 1. Павел 3 года 7 месяцев. Диагноз: детский церебральный паралич, атонически-астатическая форма Фёрстера III степени тяжести. Расходящееся косоглазие. Тяжёлая умственная отсталость.

У Павла чрезвычайно высокий уровень тактильной чувствительности: постоянно кричит при одевании/раздевании, гигиенических процедурах. Плохо переносит изменение положения тела в пространстве, что также проявляется криком.

При сохранной возможности процесс жевания развит слабо, предпочитает перетёртую пищу (прижимает пищу языком к твёрдому нёбу и совершает сосательные движения). Не умеет пить из чашки. Не удерживает в руках предметы.

Задания для углубленного изучения темы

1. Изучите особенности:

а) формирования и развития навыков социально-бытового ориентирования у детей с двигательными нарушениями (знакомство с предметами домашнего обихода и овладение различными действиями с ними);

б) использования вспомогательных приспособлений в ходе работы по формированию навыков самообслуживания и социально-бытовой ориентировки.

Задание для самостоятельной работы

Определите основные задачи формирования навыков самообслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смирнова, И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика речевых нарушений у дошкольников с детским церебральным параличом / И.А. Смирнова. - СПб.: Детство-Пресс, 2007. - 320 с.

2. Финни Нэнси, Р. Уход за ребенком с церебральным параличом: Кн. для родителей / Нэнси Р. Финни; Пер. с англ. И. Титова, М. Володькин. - Минск: Минск-типпроект, 2003. - 256 с.

3. Хольц, Ренате. Помощь детям с церебральным параличом / Ренате Хольц. Пер. с нем. А.Н. Неговориной; Под ред. и с предисловием Е.В. Клочковой. Теревинф - М., 2007. - 336 с.