

Диагностика и коррекция
нарушений развития у детей,
имеющих двигательные
нарушения (ДЦП)

Наумов А.А., ПГГПУ

Краткая характеристика ДЦП

- ДЦП – обусловлено органическим поражением мозга, которое возникает во внутриутробном развитии плода, во время родов или в период новорожденности и сопровождается различными двигательными расстройствами, парезами, параличами, насильственными движениями, нарушениями координации.

Краткая характеристика ДЦП

- Кроме того, у 60 – 80% детей, страдающих этими расстройствами, наблюдаются изменения психики и речи.

Краткая характеристика ДЦП

- Степень выраженности психофизических дефектов может варьироваться от очень лёгких до крайне тяжёлых форм, что негативно сказывается на всем процессе адаптации этих детей к изменяющимся условиям жизнедеятельности.

Классификация ДЦП по Семеновой(1978)

- Гемипаретическая;
- Гиперкинетическая;
- Спастическая диплегия;
- Двойная гемиплегия;
- Атонически-астатическая форма

- При спастической диплегии поражаются преимущественно ноги. Руки поражаются в меньшей степени. Большинство детей с этой формой заболевания при своевременном комплексном лечении и психолого-педагогической работе осваивают ходьбу, у них развиваются речь, познавательные функции, многие из них способны к обучению по программе общеобразовательной школы.
- У некоторых детей наблюдаются односторонние двигательные нарушения — *гемипарезы*. При этом отмечается более тяжелое поражение одноименных руки и ноги.

- У многих детей наблюдается смешанный характер заболевания с сочетанием различных двигательных и речедвигательных расстройств.

Особенности развития двигательной сферы

- Известно, что ходьба детей со спастической диплегией характеризуется тем, что они даже после длительно проводимых реабилитационных мероприятий не могут автоматически, как это делает здоровый ребенок, переносить вес тела с одной ноги на другую. Вес тела сосредоточивается в основном на внутренней стороне стопы.

Классификация ДЦП по Семеновой (1978)

- Гемипаретическая;
- Гиперкинетическая;
- Спастическая диплегия;
- Двойная гемиплегия;
- Атонически-астатическая форма

ДВОЙНАЯ ГЕМИПЛЕГИЯ

- Это самая тяжелая форма детского церебрального
- паралича. Из-за сильного поражения мозга еще в период
- внутриутробной жизни оказываются серьезно нарушенными все
- важнейшие человеческие функции: двигательные, психические и
- речевые. Двигательные нарушения выявляются уже в первые
- часы жизни: как правило, отсутствует защитный рефлекс, резко
- выражены все тонические рефлексy (лабиринтный, шейные).

СПАСТИЧЕСКАЯ ДИПЛЕГИЯ

- Спастическая диплегия - самая распространённая форма
- детского церебрального паралича - является тетрапарезом, то есть
- поражены руки и ноги, но ноги в значительно большей степени.
- Тяжесть речевых, психических и двигательных нарушений
- варьируется в широких пределах.

- При спастической диплегии поражаются преимущественно ноги. Руки поражаются в меньшей степени. Большинство детей с этой формой заболевания при своевременном комплексном лечении и психолого-педагогической работе осваивают ходьбу, у них развиваются речь, познавательные функции, многие из них способны к обучению по программе общеобразовательной школы.
- У некоторых детей наблюдаются односторонние двигательные нарушения — *гемипарезы*. При этом отмечается более тяжелое поражение одноименных руки и ноги.

ГЕМИПАРЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА

- При этой форме заболевания поражены одноименные рука и нога. У такого
- младенца все врожденные двигательные рефлексy оказываются сформированными, однако уже в первые недели жизни можно выявить ограничение
- движений в пораженных конечностях: при рефлексe опоры отмечается слабость
- реакции опоры в пораженной ноге, при шаговых движениях она может несколько
- отставать от здоровой,

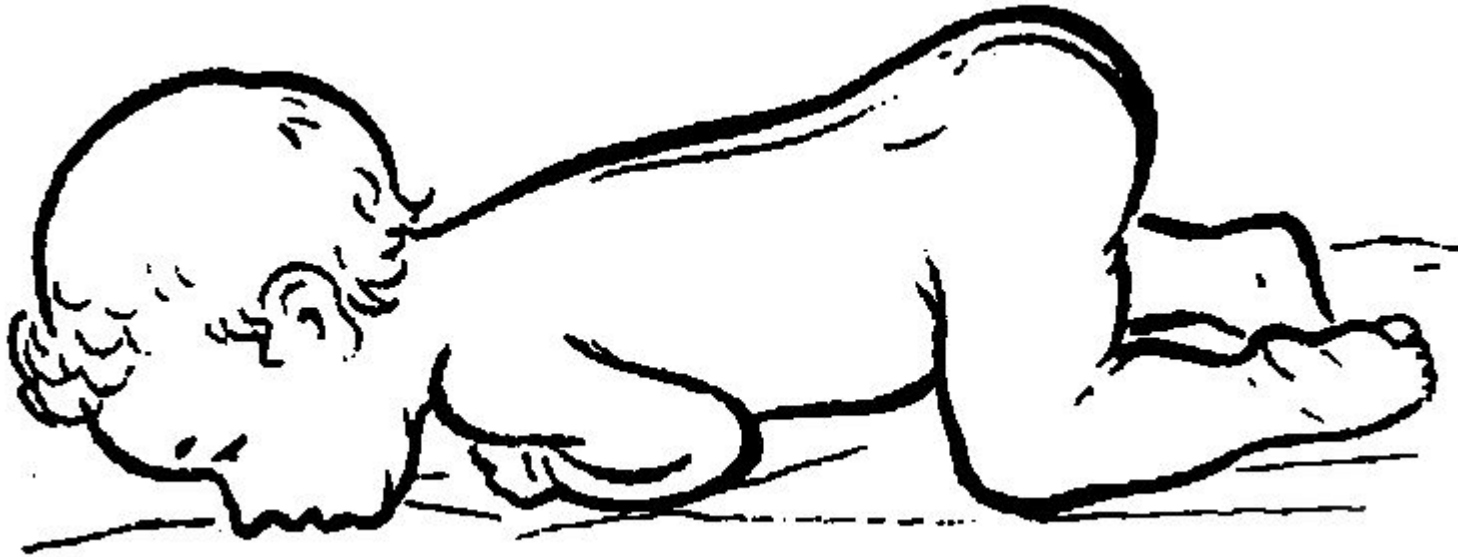
- ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА
- Г е м и п а р е з (от гр. hemi и paresis - ослабление) - неполный паралич, ослабление произвольных движений одной половины тела Причиной этой формы чаще всего является такое заболевание головного мозга, как билирубиновая энцефалопатия.
- При гиперкинетической форме ДЦП наблюдаются гиперкинезы различного характера: Атетоз гемибализм тремор

- АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКАЯ ФОРМА
- С момента появления малыша на свет обнаруживается несостоятельность
- врожденных двигательных рефлексов: отсутствуют рефлексы опоры, автоматической походки, ползания, слабо
- выражены или отсутствуют защитный и хватательный рефлексы. Снижен тонус мышц (гипотония). Развитие устано-
- вочного рефлекса на голову и цепных установочных рефлексов значительно
- задерживается.

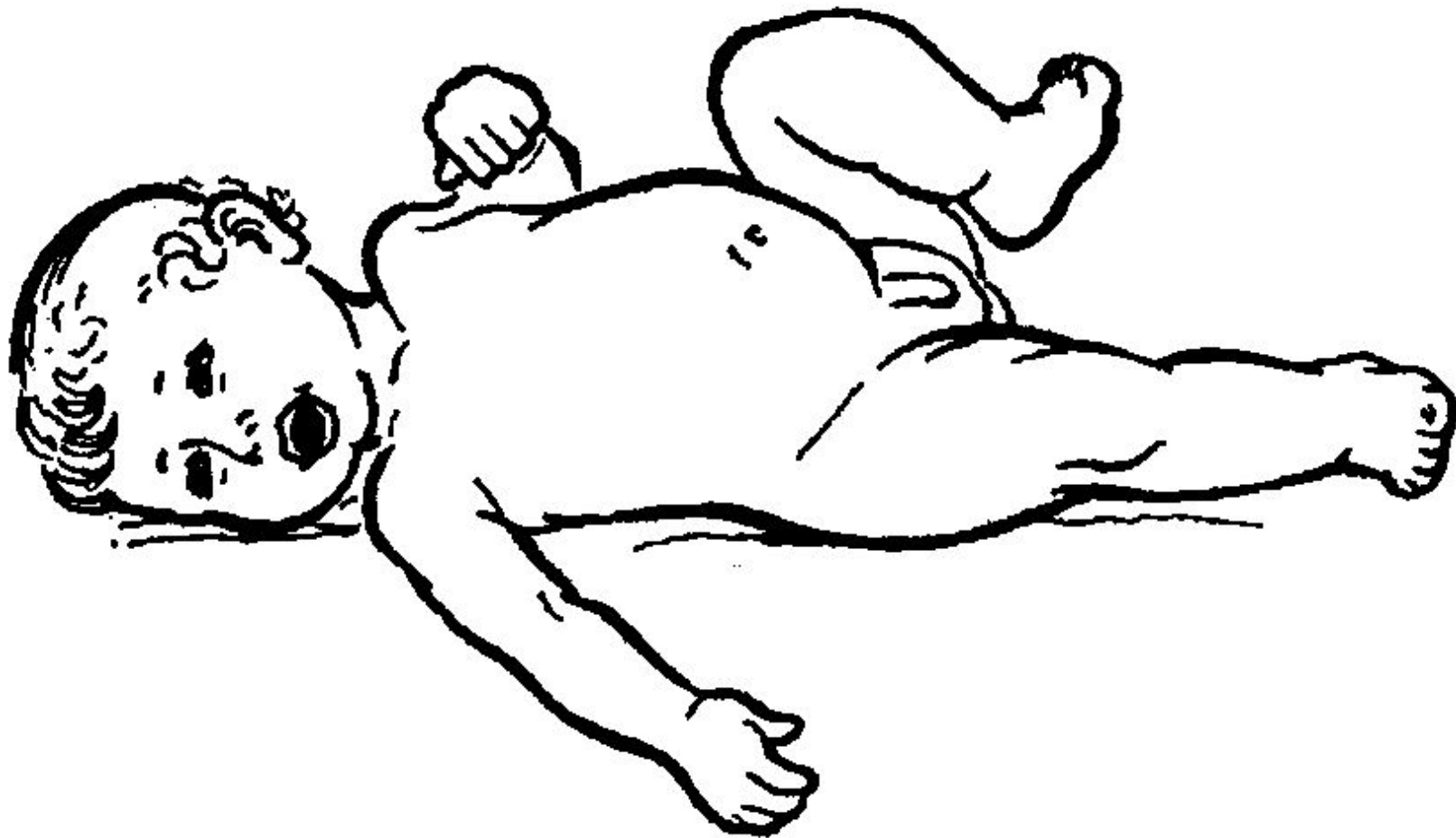
Возможные варианты нарушенного развития при ДЦП

- - локальный дизонтогенез отдельных высших психических функций (речи, пространственных представлений, различных видов гнозиса, праксиса, внимания, памяти и др.);
- - нарушения умственной работоспособности;
- - нарушения произвольной регуляции психической деятельности;
- - специфическую задержку психического развития, при которой имеет место сочетание представленных выше нарушений со стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала.

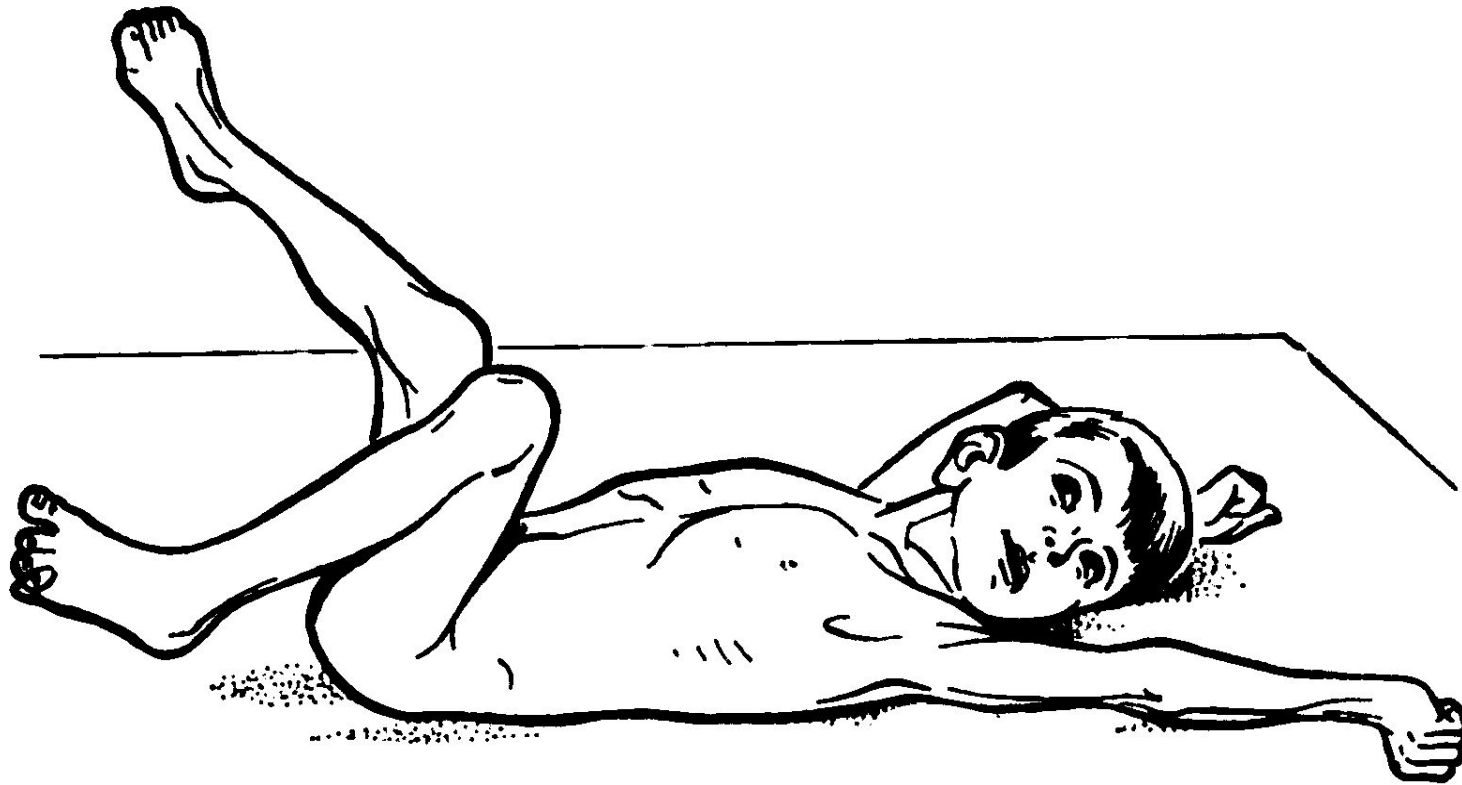
Лабиринтно-тонический рефлекс

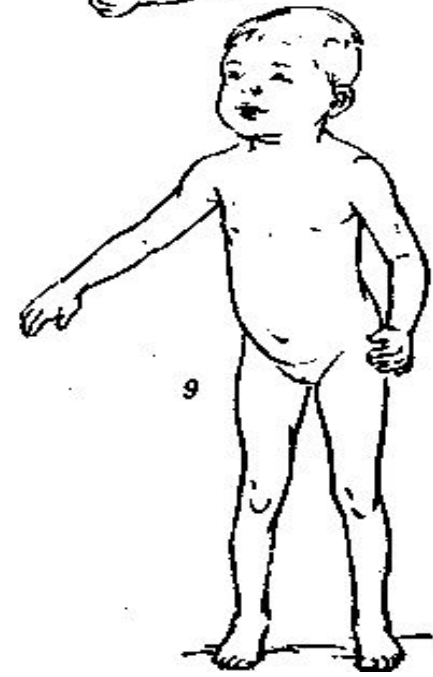
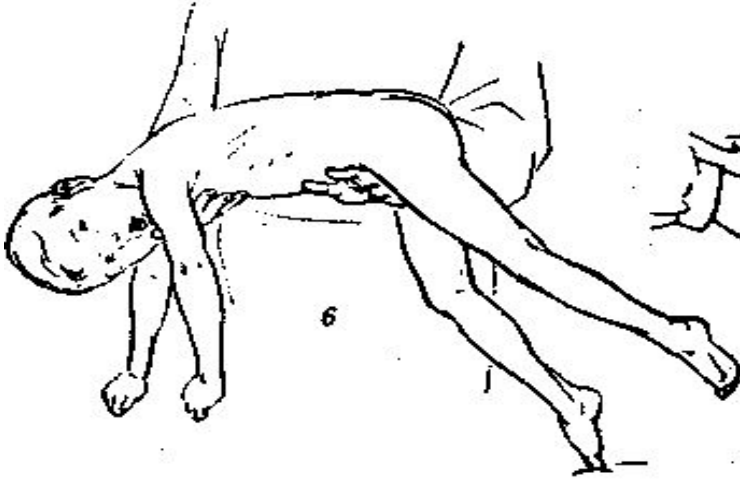
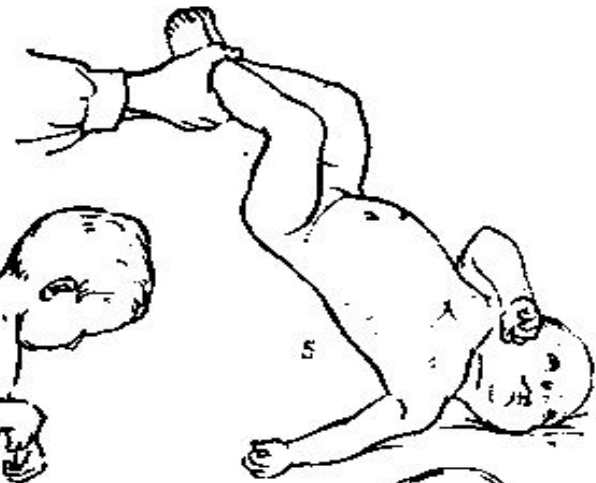


Асимметричный-шейный тонический рефлекс



Симметричный шейный тонический рефлекс





- У детей с церебральным параличом имеет место не только в формировании замедленный, но и часто неравномерный темп психического развития с диспропорциональностью отдельных психических функций.

Возможные варианты нарушенного развития при ДЦП

- - локальный дизонтогенез отдельных высших психических функций (речи, пространственных представлений, различных видов гнозиса, праксиса, внимания, памяти и др.);
- - нарушения умственной работоспособности;
- - нарушения произвольной регуляции психической деятельности;
- - специфическую задержку психического развития, при которой имеет место сочетание представленных выше нарушений со стойко ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем и специфическими особенностями мыслительной деятельности, обуславливающими замедленное усвоение нового материала.

У этих детей отмечается не только ограниченный запас знаний и представлений об окружающей действительности за счет бедности их практического опыта, но и имеют место специфические трудности переработки информации, получаемой как в процессе коммуникативной, так и предметно-практической деятельности

- Е.Ф. Архипова указывает, что изучение детей должно проводиться именно с раннего возраста, так как патологические особенности в их развитии проявляются с самого рождения и препятствуют дальнейшему правильному формированию речевой и психической деятельности у детей с церебральным параличом.

- Довольно часто у ребенка с церебральным параличом в первые годы жизни бывают недостаточно сформированы биологические ритмы сна и бодрствования: он может быть сонлив днем и чрезмерно бодр ночью. Это неблагоприятно влияет на его психическое развитие и затрудняет проведение коррекционно-восстановительных мероприятий.
- Для слаженного функционирования всех органов и систем надо постепенно приучать ребенка к определенному распорядку дня, чтобы нормализовать его биологические ритмы.

- Как составить правильный режим дня?
Необходимо знать примерные нормы сна и целесообразные для детей разного возраста промежутки между приемами пищи. На протяжении всего дошкольного детства длительность ночного сна изменяется незначительно. Продолжительность дневного сна с возрастом постепенно снижается

- В первые два месяца жизни ребенок с ДЦП должен спать не менее 20 часов в сутки, в возрасте от двух до пяти месяцев сон должен занимать 17-18 часов, в пять - семь месяцев - 16-15, в семь -десять - до 15 часов, после десяти месяцев до трех-
- четырех лет - 14-15 часов в сутки. От четырех до семи лет продолжительность сна составляет примерно 12-14 часов. Надо помнить о больших индивидуальных различиях в работоспособности центральной нервной системы детей. Поэтому иногда, особенно при тяжелых формах заболевания, осложненных физической ослабленностью, гидроцефалией, эпилептическими припадками, общая продолжительность сна может удлиниться. Решать этот вопрос следует только вместе с врачом.

- Детей с церебральным параличом, так же как и здоровых,
- рекомендуется укладывать спать не позже 9 часов вечера. Режим дневного
- сна устанавливается в зависимости от возраста ребенка. С девяти-десяти
- месяцев ребенок переводится на двухразовый дневной сон (2-2,5 и 1-1,5
- часа).

- После полутора-двух лет по согласованию с врачом ребенок постепенно
- переводится на режим с одноразовым дневным сном. Его длительность лишь
- незначительно меньше общего дневного сна при прежнем режиме. Двухразовый дневной сон детей до полутора-двух лет длится около 4 часов, длительность одноразового сна в возрасте от двух до трех лет - 3 часа, в возрасте трех-четырех лет - 2,5-3 часа, в среднем и старшем дошкольном возрасте - 1,5-2 часа.

- Каков режим кормления? В один-два месяца ребенка кормят 7 раз в сутки, от двух с половиной до десяти месяцев - 6-5 раз, более старших детей – 4 раза в сутки. Однако кормление детей с церебральным параличом имеет специфические затруднения (об этом наш следующий раздел), и режим питания несколько меняется.
- Для детей с ДЦП крайне важно, чтобы все промежутки между кормлениями, сном, гигиеническими и лечебными процедурами были заняты доступной и интересной для них деятельностью

- Специфические трудности при кормлении детей с ДЦП в первые месяцы жизни связаны с тем, что у них недостаточно развиты сосательный и глотательный рефлекс, слаба губная мускулатура, нарушен мышечный тонус в языке и ограничена его подвижность, нарушена функция мягкого нёба, а также имеются общие двигательные расстройства

- Если ребенок очень плотно смыкает губы, то для расслабления губной мускулатуры полезны специальные упражнения:
- —кладете свои указательные пальцы на точки, расположенные между серединой верхней губы и углом рта с обеих сторон, производя движения к средней линии так, чтобы верхняя губа собиралась в вертикальную складку;
- —такие же упражнения проделываются с нижней губой, затем с
- обеими губами вместе;
- —теперь указательные пальцы помещаете в то же положение, но двигаете их вверх по верхней губе, обнажая верхние десны, и вниз по нижней губе, обнажая нижние десны;
- —ваши указательные пальцы находятся в углах рта ребенка, и губы растягиваются в улыбку; обратным движением с образованием морщинок они возвращаются в исходное положение.

- Ребенок с церебральным параличом длительное время затрудняется в жевании, кусании, проглатывании твердой пищи. Если у здорового ребенка слюнотечение явно
- выражено только в момент прорезывания зубов, то у больных ДЦП
- слюнотечение часто остается стойким и не связано с прорезыванием зубов, да и
- само появление зубов значительно задерживается. Вместо жевательных движений
- ребенок производит движения языком вниз и вперед, и неразжеванная пища выталкивается из полости рта.

- Напоить малыша возможно только в пассивной форме: голова ребенка закинута назад, жидкость сама стекает в рот.
- При этом создаются условия для заглатывания воздуха, что вызывает общее беспокойство и кашель

- Затруднения при кормлении детей с ДЦП, как уже говорилось, связаны со многими факторами. Главные среди них - недостаточность ротового, головного и туловищного контроля; недоразвитие равновесия, зрительно-моторной координации; нарушения движений губ, языка, мягкого нёба, нижней челюсти;
- слабость жевательной мускулатуры.

- Перед кормлением прежде всего надо
- правильно ребенка посадить. Если головка ребенка откидывается назад или наклоняется вперед, то ему необходима определенная поддержка. Ребенка
- усаживают в специальный стул с поручнями: ноги - под прямым углом к туловищу, голова и шея - в прямой линии с подбородком, слегка наклоненным к груди. Если ребенок сидит неустойчиво, его фиксируют специальным ремнем, полотенцем или пеленкой на уровне бедер, но ни в коем случае не на уровне живота или груди.

- Нарушения сна для детей с церебральным параличом характерны. Они трудно засыпают, легко пробуждаются под влиянием самых незначительных причин, их сон поверхностен и неглубок. у некоторых длительное время нарушен правильный ритм сна и бодрствования. Иногда наблюдается повышенная сонливость. Стойкость этих нарушений значительно ослабляет организм ребенка.

- Не следует приучать больных детей к укачиванию, укладывать в постель взрослых. Если ребенок спит днем, а бодрствует ночью, взрослые все равно должны ночью класть его в удобную постель, гасить свет и не спешить к нему при малейшем требовании.
- Днем же его следует держать в специальном стуле около себя, развлекать играми, беседой, создавать условия, препятствующие засыпанию

- Улучшить сон ребенка с ДЦП помогает нормализация его позы. В
- положении на спине он часто не удерживает голову по средней линии, откидывает ее назад на подушку. В некоторых случаях голова повернута все время в одну сторону, чаще вправо, что приводит к искривлению спины, неправильному положению бедер. Учитывая это, важно правильно разместить кровать ребенка.
- Дверь не должна находиться позади ребенка, так как, чтобы видеть входящих, он будет еще больше откидывать голову назад. Если у ребенка имеется тенденция к повороту головы вправо, то кровать лучше расположить так, чтобы справа находилась стена, а слева дверь, чтобы он вынужден был чаще поворачивать голову в эту сторону.

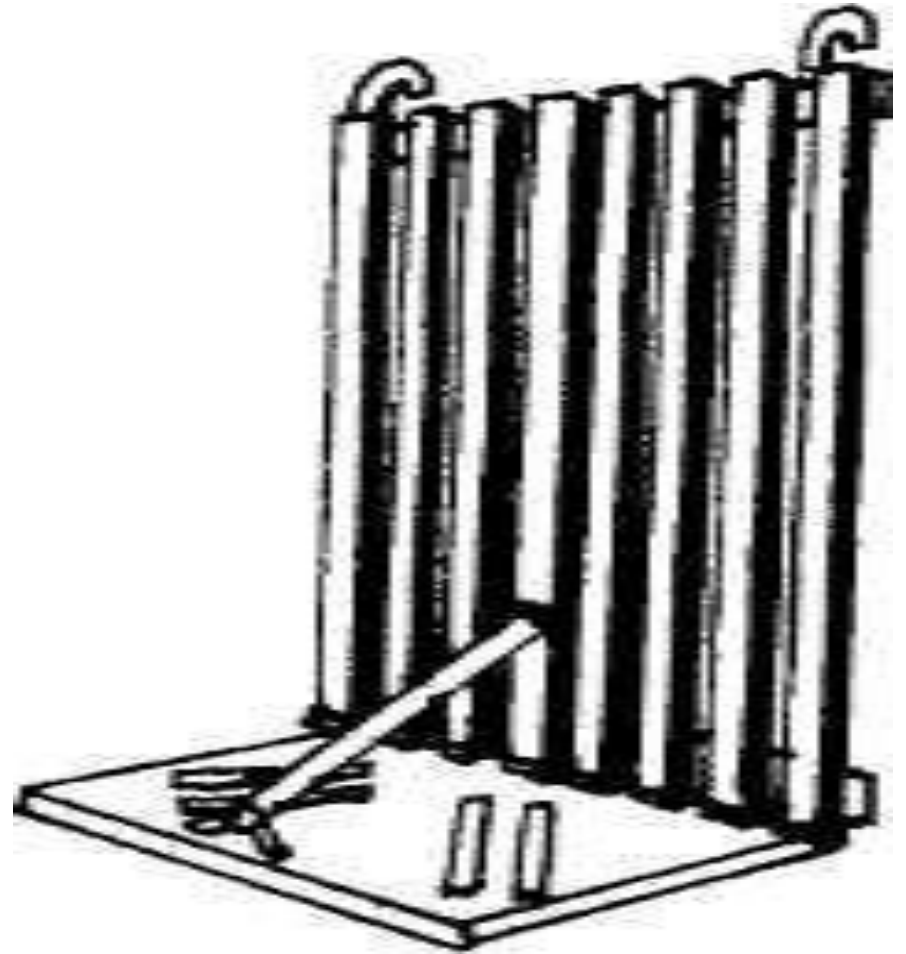
Как переносить ребенка с ДЦП



Оборудование для физического развития

- шведская стенка или поручень у стены на уровне груди; за поручнем
- желательно укрепить большое зеркало, чтобы ребенок мог
- Контролировать правильность выполняемых им упражнений;
- - щит для вертикализации,
- набор небольших валиков, подушек,
- мешков с песком для лечебных ортопедических укладок;
- - пляжный надувной мяч для малыша одного-
- двух лет или валик большого диаметра для старших детей;

Щит для вертикализации

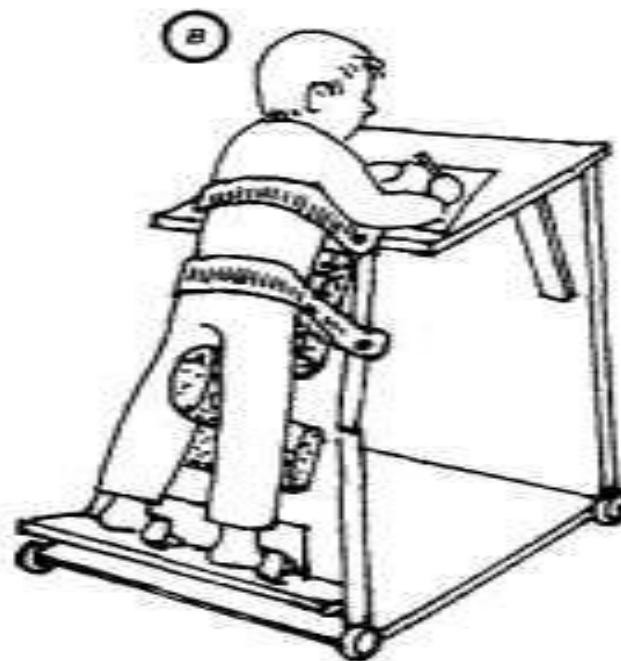


- Стул- кресло с подлокотниками локотниками и откидным столом- крышкой сверху;
- подлокотники и стол должны находиться на уровне груди ребенка (на два пальца ниже сосковой линии); ноги ребенка должны полностью стоять на опоре (ящик,
- подставка) под углом 90° ;
- —несколько ящиков различной высоты для имитации ходьбы по лестнице;
- —надувная автомобильная камера, используемая в качестве маленького
- манежа;
- —набор шинок для рук, ног, которые подберет методист центра
- реабилитации

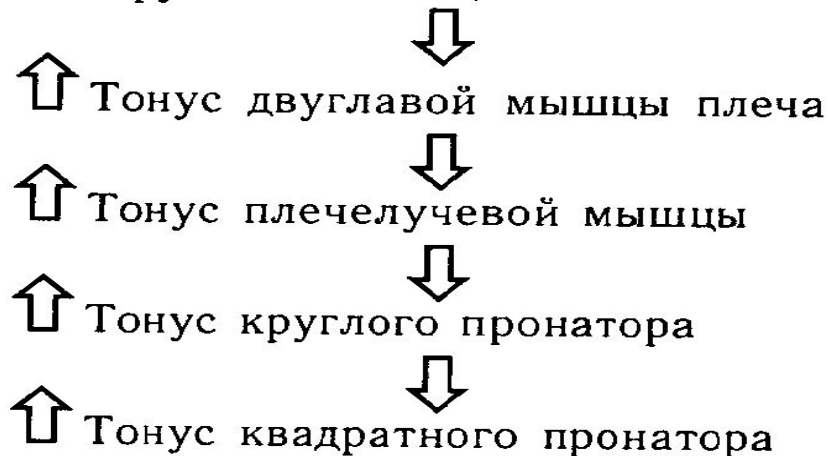




Приспособления для коррекции позы стояния:
патологическая поза (а),
прямой стабилизатор (б), наклонный стабилизатор (в)

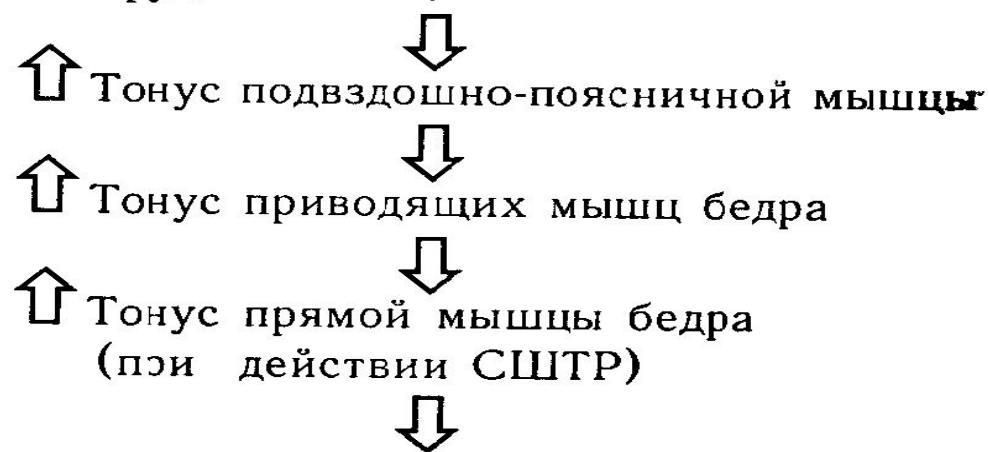


Верхние конечности: Повышение тонуса (↑) большой грудной мышцы



В результате появляются сгибательно-пронационные установки в верхних конечностях.

Нижние конечности: Повышение тонуса (↑) большой грудной мышцы



- Гашение симметричного шейно-тонического рефлекса
- 1. Пассивная укладка: положение ребенка лежа на спине, ноги ниже
- коленных суставов спущены с кушетки, подогнуты под нее, руки вытянуты вверх вдоль головы ладонями кверху. Необходимо при этом следить, чтобы
- не увеличивался поясничный изгиб позвоночника. Можно прижать живот ребенка к опоре рукой или мешочком с песком.
- 2. Исходное положение - лежа на спине. Руки выпрямлены вдоль туловища. Наклонять вперед голову, одновременно сгибая ноги в коленных и тазобедренных суставах и приводя их к животу. Вернуться в исходное положение. Делаем поочередно одной и другой ногами.
- 3. Исходное положение - лежа на спине. Руки обхватывают одно
- колено. Наклонить голову и подтянуть колено к животу (можно из этого положения сесть).

- **Гашение асимметричного шейно-тонического рефлекса**
- 1. Пассивно достать рукой ребенка нос, рот, глаза, уши.
- 2. То же самое попросить его сделать активно.
- 3. Просим ребенка отвести выпрямленную руку в сторону. Следите, чтобы одновременно не поворачивалась в ту же сторону голова. Только после того, как ребенок отведет руку, пусть повернет голову в ту же сторону. Следите, чтобы другая рука в это же время не сгибалась в локтевом суставе, чтобы не сгибались пальцы.
- 4. Просим ребенка повернуть голову в правую сторону, а затем сгибать и разгибать правую руку. Следите, чтобы левая рука лежала неподвижно. Тоже повторить с левой рукой

- **Гашение лабиринтного тонического рефлекса**
- 1. Расслабление в позе «эмбриона».
- 2. Пассивная укладка на животе с подложенным под грудь валиком. Руки вытянуты вперед. Валик (маленький) подкладывается также и под нижнюю треть голени, груз на область таза, или стопы свешиваются с опоры
- 3. Подъем головы из положения лежа на животе с отведением назад плечевого пояса
- 4. Подъем головы из положения лежа животом на мяче. Ребенок лежит животом на мяче. Выталкивать его с мяча вперед, удерживая за ноги. Он должен поднять голову, разогнуть позвоночник и опереться вытянутыми руками на мяч



Рис. 47

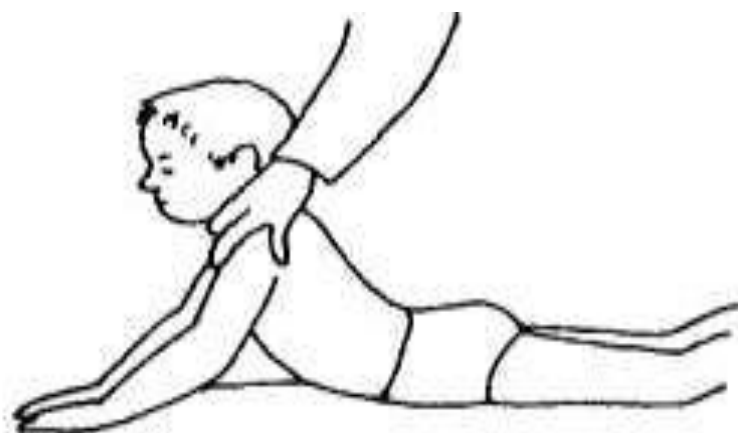


Рис. 48

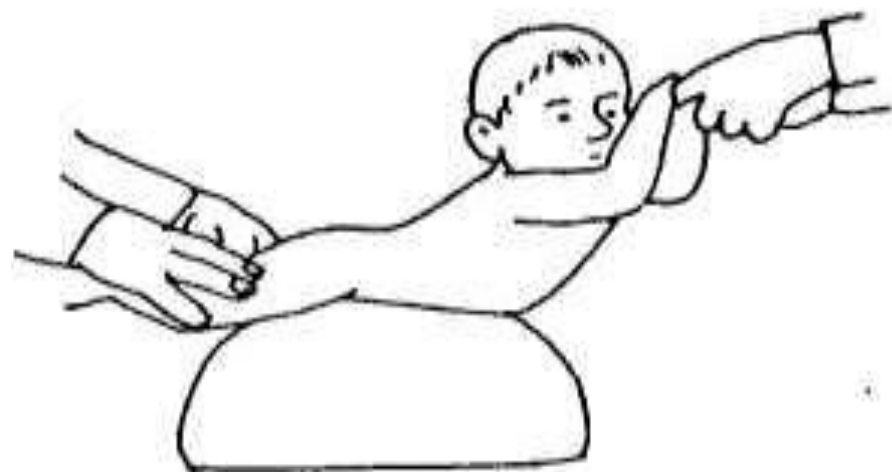


Рис. 49



Рис. 50



- **Тренировка активного подъема головы из положения лежа на животе**
- 1. Пассивный подъем головы. Берем малыша за подбородок и делаем легкие качательные движения вверх-вниз. При движении вашей руки вниз ребенок должен пытаться удержать голову
- 2. Подкладываем валик (свернутую пеленку, полотенце) под грудь ребенка и вытягиваем его руки вперед, пытаемся разогнуть их в плечевых, локтевых

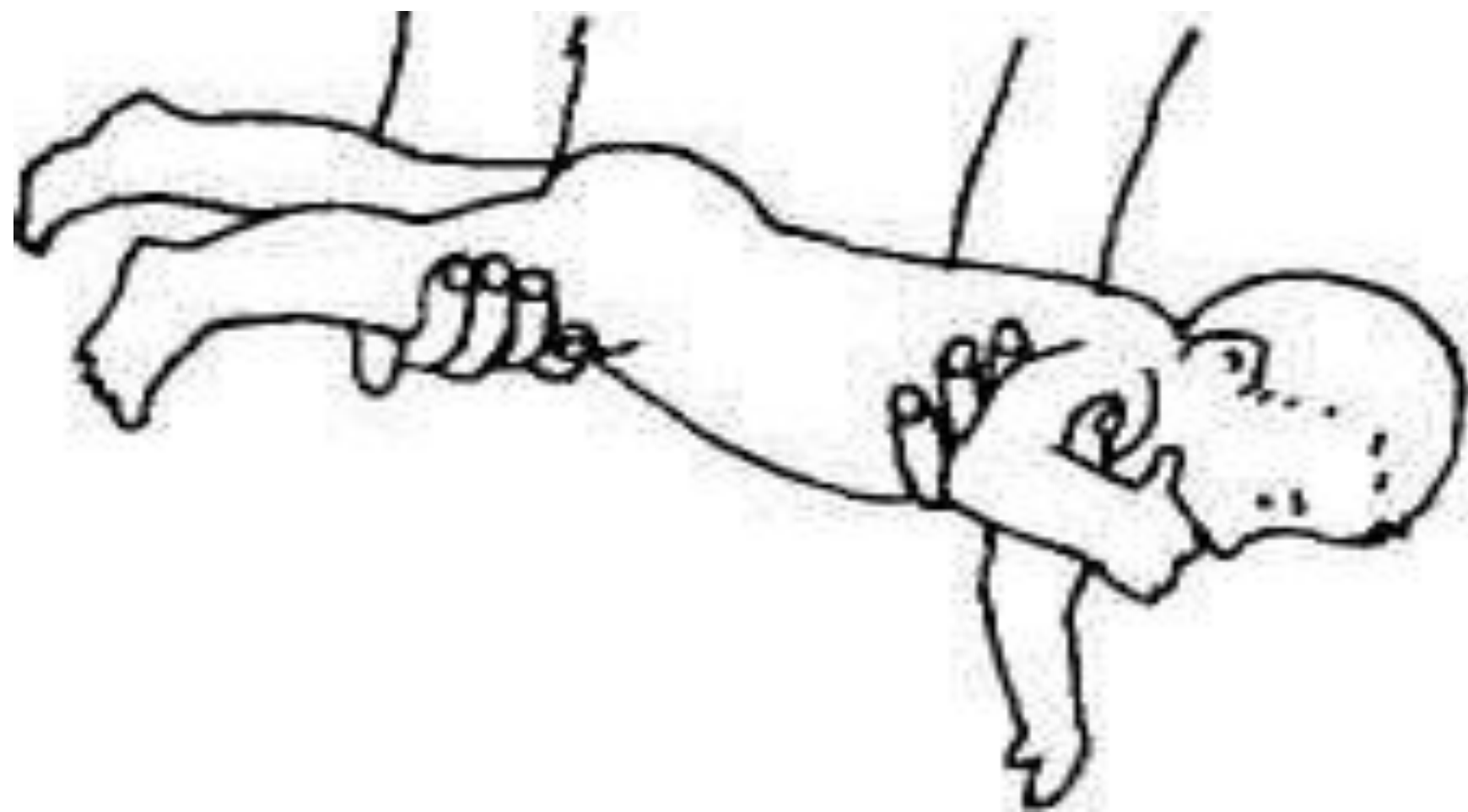




- **Тренировка активного подъема головы из положения лежа на спине**
- 1. Своими предплечьями фиксируем плечи ребенка. Его голова лежит на ваших раскрытых ладонях. Производим легкие качательные движения ладоней вверх-вниз. При движении вниз ребенок должен пытаться удержать голову .
- 2. Стимулируем подъем головы ребенка яркой игрушкой, подвешенной над грудью.
- 3. Более старших детей просят наклонить голову и достать подбородком грудь (можно помочь, Следите, чтобы плечи по возможности не отрывались от опоры

- Тренировка опорности рук
- Необходимо научить ребенка в положении лежа на животе опираться на выпрямленные в локтевых суставах руки. Пальцы рук должны быть выпрямлены, голова приподнята.
- 1. У лежащего на животе ребенка пассивно выпрямляем согнутые в локтях руки, опора - на раскрытую ладонь





- **Обучение поворотам**

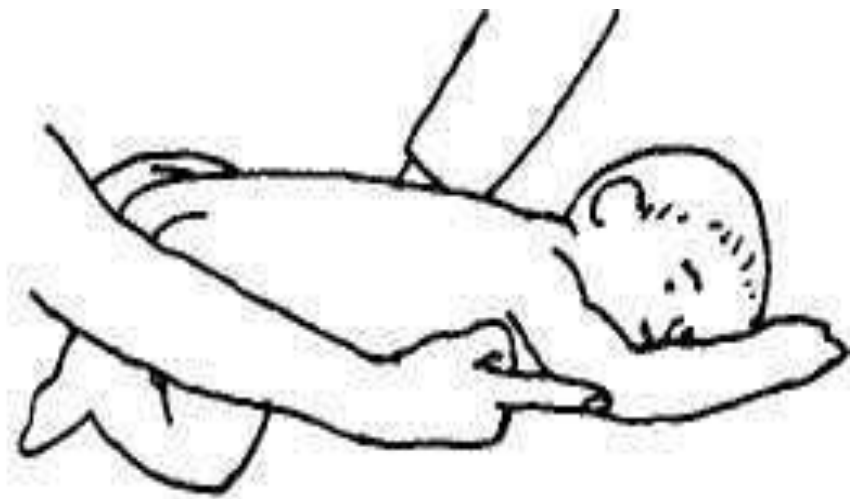
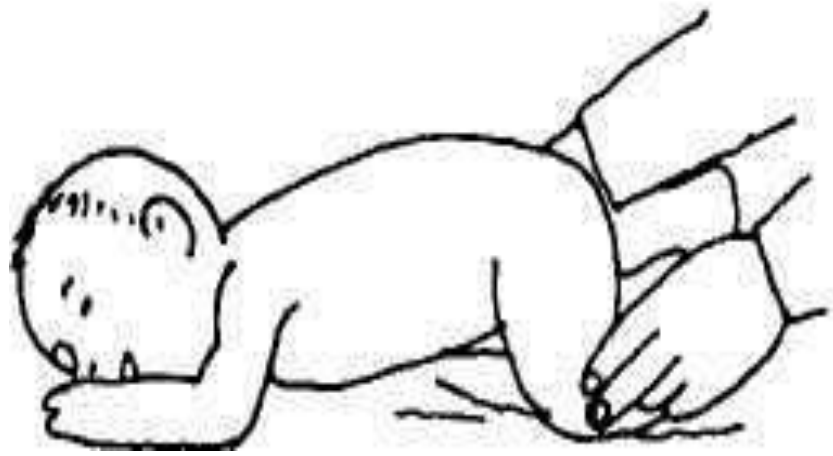
- 1. Ребенок лежит на спине. Встав у его изголовья, кладем свои ладони с двух сторон на уши ребенка, наклоняем его голову слегка вперед, к груди и поворачиваем набок. Поворот ребенок должен закончить самостоятельно
- 2. Исходное положение - то же. Захватываем ребенка за плечо противоположной повороту рукой (при повороте вправо – за левое плечо, и наоборот), поворот ребенок заканчивает сам





- Ребенок лежит на спине. Фиксируем его за ноги и подтягиваем за одну руку, слегка разворачивая туловище в сторону противоположной руки. Ребенок разворачивается и при присаживании опирается на противоположную руку. Необходимо добиваться, чтобы опора была на выпрямленную руку с раскрытой ладонью и выпрямленными пальцами.
- 2. То же, что и в предыдущем упражнении, только ноги ребенка сложены «по-турецки».
- 3. Лежащего на спине ребенка за руки подтягиваем к себе толчкообразными движениями, вынуждая его приподнять голову, наклонить ее вперед и сесть.

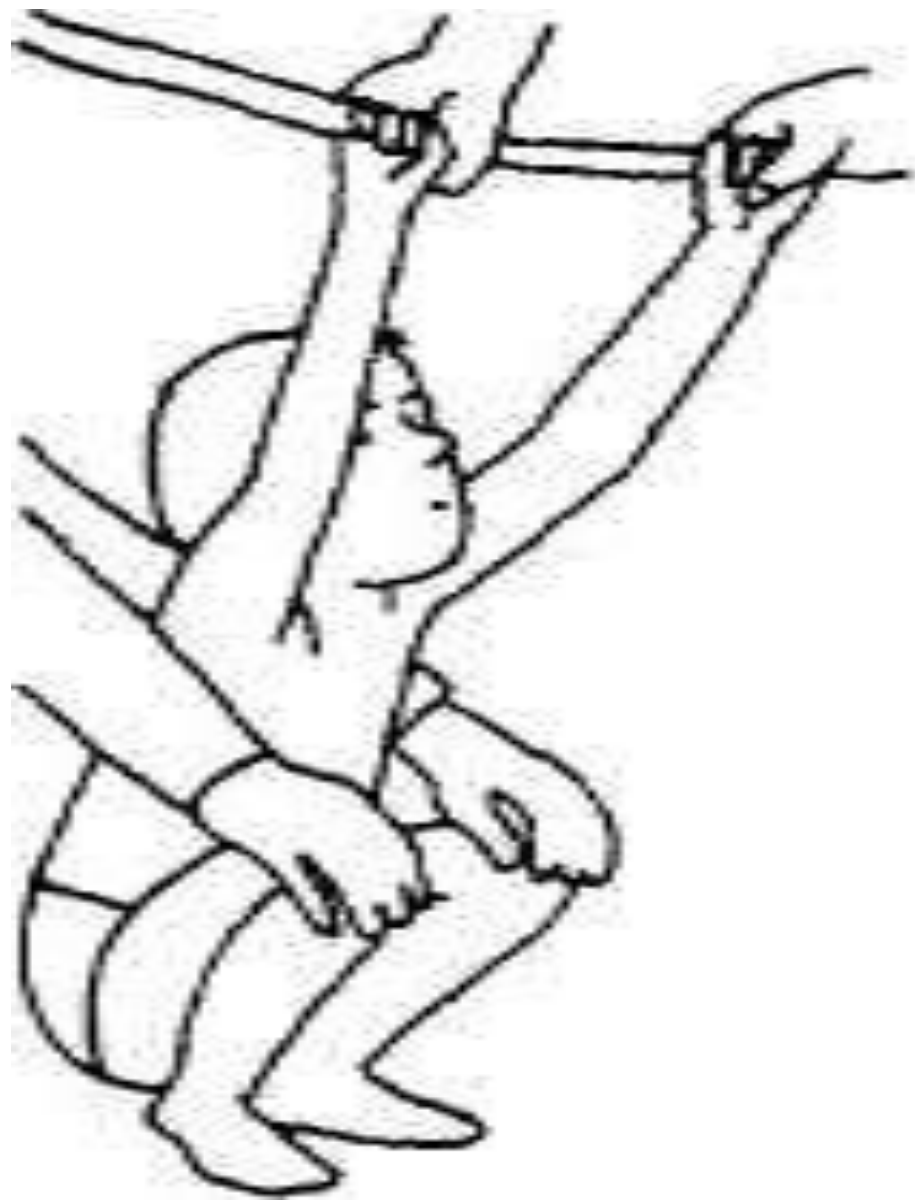
- **Тренировка рефлекторного (непроизвольного) ползания.**
- В положении ребенка лежа на животе (руки вдоль туловища) удерживаем стопу его согнутой в колене ноги и большим пальцем руки надавливаем на пятку. Другой рукой (I и IV пальцами одновременно) наносим толчкообразные раздражения в области плечевого и локтевого суставов противоположной руки ребенка, подталкивая его руку через сторону вверх. Ребенок должен одновременно подтянуть ногу через сторону к животу, оттолкнуться ею от руки взрослого и вынести руку вверх с противоположной стороны. То же самое повторяют с другой стороны. Если нет возможности захватывать на руке обе точки одновременно (большой ребенок), можно просто подталкивать руку вверх.



- Самостоятельное стояние на коленях.
Самостоятельное сидение на коленях (очень недолго!).
- Следите, чтобы ребенок при этом не садился на пол между бедер, отбрасывая голени в стороны. Это положение очень характерно для больных ДЦП и должно всегда пресекаться родителями, так как оно усиливает патологическую позу.







- Вся коррекционная работа с больными
- ДЦП направлена на преодоление имеющихся у ребенка нарушений.
- Самое важное - **К а к**
- **м о ж н о р а н ь ш е н а ч а т ь**
-

- В возрасте двух-трех месяцев ребенка
- понуждают фиксировать взгляд как на
- перемещаемых игрушках, так и на неподвижных предметах, заставляя его подольше сосредоточиваться
- на них или на лице говорящего. Такие игры-занятия следует проводить при положительном эмоциональном настрое и взрослого, и ребенка

- Следующий этап сенсорной стимуляции -
- развитие зрительно-слуховых связей. Для этого используют звучащие игрушки. Ребенка учат отыскивать взором звучащий предмет, расположенный на разном расстоянии и в различном направлении от него.

- Очередной шаг в коррекционной работе по сенсорному воспитанию - развитие ощупывающих движений рук одновременно со зрительной фиксацией ощупываемого предмета. С этой целью малышу вкладывают в руку различные по форме, величине, тяжести, фактуре игрушки и предметы и привлекают его зрительное внимание к объекту, находящемуся в руке. Ребенка побуждают захватывать предметы и помогают ему в этом. Предметы и игрушки подбирают соответственно возможностям ребенка и его возрасту.

- Предоставьте ребенку предметы разной
- величины, формы, разные на ощупь - гладкие и шершавые, мягкие и твердые. Вкладывайте предметы в руки, давая их ощупывать. Пусть ребенок рвет бумагу, шуршит пакетом, сжимает губку, пищит игрушкой

- Побуждайте ребенка играть своими руками, ощупывать одной рукой другую. Помогите ему дотянуться руками до своих ног, поиграть ногами. Играйте
- в «Ладушки», «Сороку» и т. п.

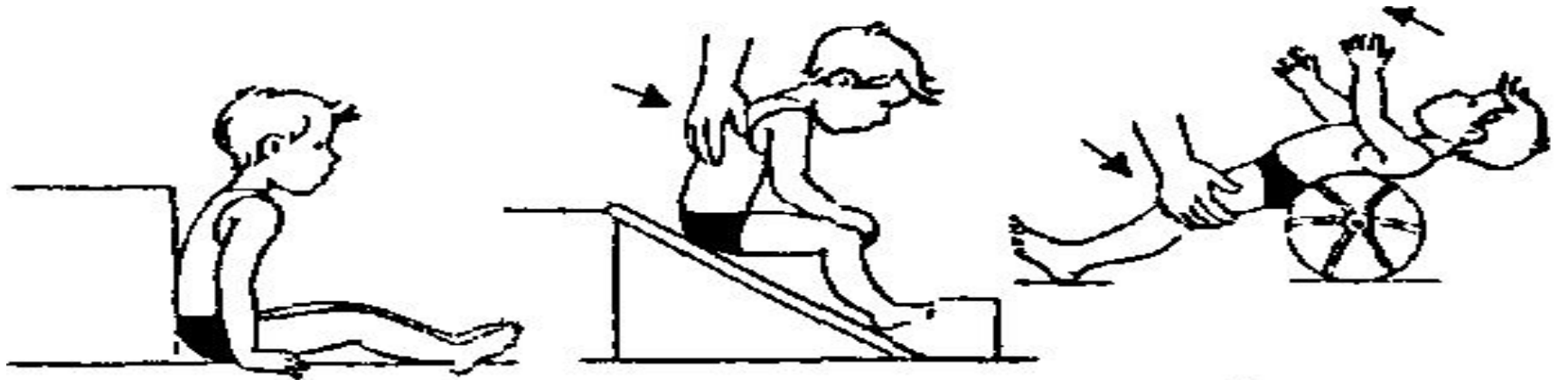
- Играйте с водой во время купания:
- «поплюхай-те» рукой по воде, зачерпните воду рукой ребенка или чашкой, помещенной в руку.
- Достаньте предмет со дна ванны рукой малыша.
- Толкайте плавающие предметы. Дайте ему тазик с водой для игры.

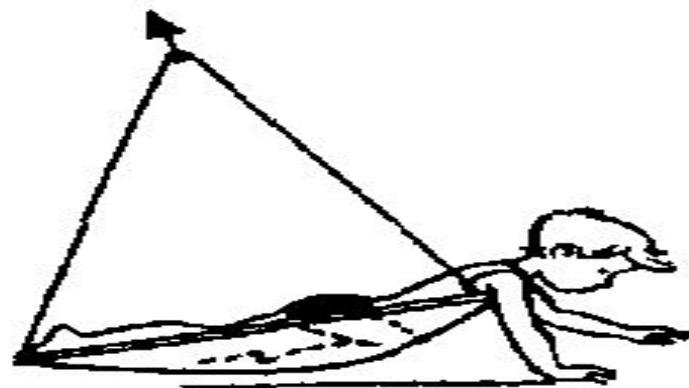
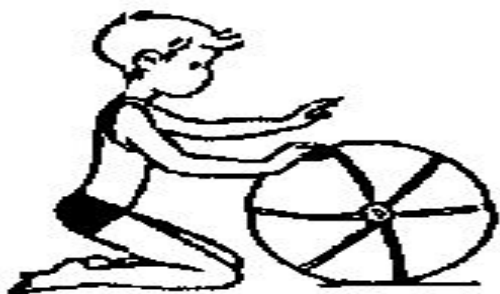
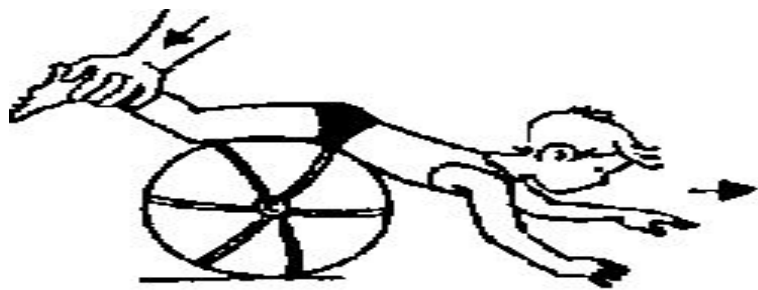
- Занимаясь с ребенком, обратите внимание на следующее: давая предмет в руку, следите за правильностью захвата. Должны работать все пальцы.
- Особое внимание - на большой палец (он не должен быть спрятан в ладонь).
- Если ребенок правильно выполняет движение одной рукой, добивайтесь, чтобы вторая рука тоже участвовала в манипуляциях с предметами.

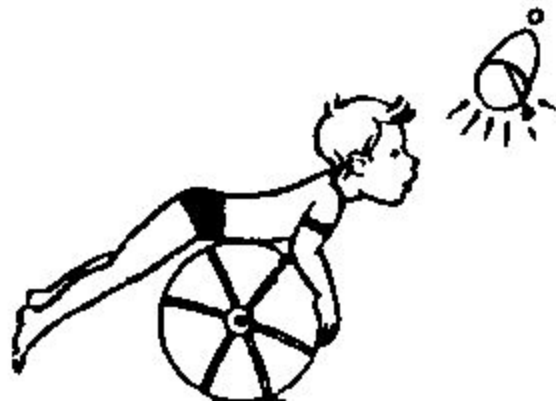
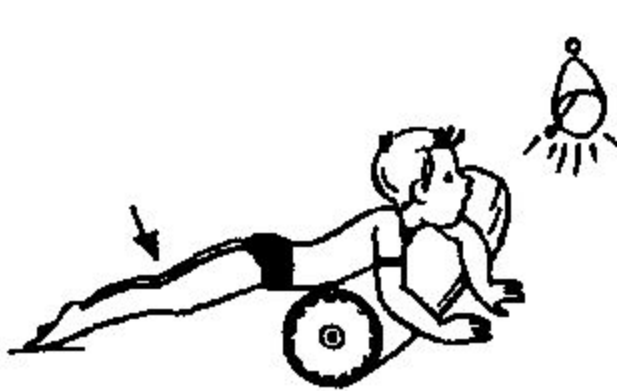
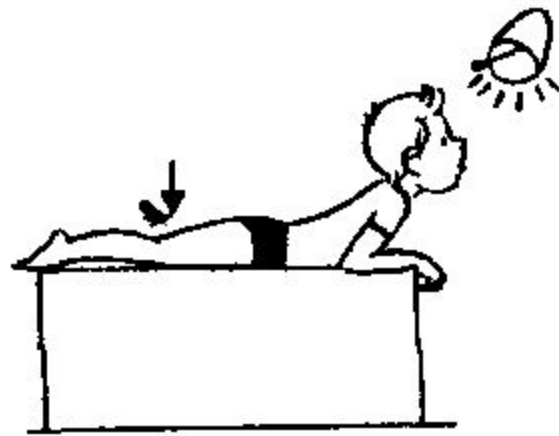
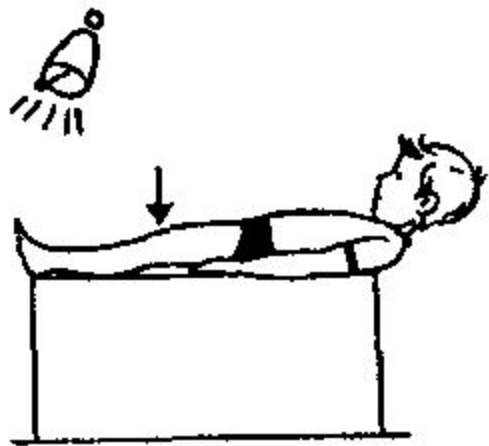
- И уже с двух-трех лет можно использовать целую серию специальных игровых упражнений, в
- ходе которых происходит коррекция высших психических функций.

- **НАПРИМЕР:** раскладывание предметов на кучки с учетом величины, формы. В ходе специальных игр («Почтовый ящик»), использования досок Сегена, где фигуры разной формы вкладываются в соответствующие отверстия,
- ребенок учится на глаз узнавать, воспринимать и соотносить формы предметов, геометрических фигур.
- Тренируется его зрительное внимание, развиваются пространственные представления.

- Побуждайте ребенка играть своими руками,
- ощупывать одной рукой другую.
Помогите ему дотянуться руками до своих ног, поиграть ногами. Играйте
- в «Ладушки», «Сороку» и т. п.







Принципы создания коррекционно-развивающей среды как средства

коррекционной работы:

- **Превентивной направленности.**
- **Пропедевтической направленности**
- **Преобразующего трансформированного влияния среды на отклонения в развитии ребенка и формирования компенсаторных способов ориентации на сохранные анализаторы.**
- **Редуцированного информационного поля.**
- **Оптимальной информационной целесообразности.**
- **Доступности и целесообразности информационного поля коррекционно-развивающей среды,**

Подходы к обучению и воспитанию детей:

- **Комплексный;**
- **Антропологический;**
- **Средовый;**
- **Индивидуально-дифференцированный;**
- **Субъектный:**

Целью современного коррекционно - педагогического процесса детей со

сложными нарушениями является:

создание оптимальных условий для РАЗВИТИЯ физического, эмоционального, социального, интеллектуального потенциала каждого ребенка, а также формирование его личностных качеств; коррекцию и максимально возможную компенсацию его нарушенных функций и жизнедеятельности.

Основными направлениями и задачами коррекционно-педагогической работы с вышеуказанным контингентом детей:

- Образовательное направление,
- Коррекционное направление;
- Воспитательной направление;
- Оздоровительное направление

В основу построения современного коррекционно-педагогического процесса положены две системообразующие идеи:

- Потребности;
- Ведущие виды деятельности,

Которые реализуются при участии взрослого.

Нами определяются следующие основные потребности:

- потребность во внешних впечатлениях;
- потребность в двигательной активности;
- потребность во внешнем и внутреннем благополучии;
- потребность в эмоциональном общении, симбиотическом слиянии со взрослым.

Нами разработана программа «Солнышко» для работы с детьми имеющими сочетание тяжелых двигательных и интеллектуальных нарушений при ДЦП

- Адаптивная физическая культура;
- Сенсорное воспитание
- Развитие социально-бытовых навыков
- Ознакомление с окружающим
- Развитие речи
- Предметно-практическая деятельность и игра.
- Изобразительная деятельность

- **«Солнышко»**
- **Программа воспитания и обучения детей с сочетанными нарушениями (с интеллектуальной недостаточностью и нарушениями опорно-двигательного аппарата)**

