

高级硕士 综合语言治疗





高级硕士 综合语言治疗

- » 模式:在线
- » 时长:2年
- » 学历:TECH科技大学
- » 教学时数:16小时/周
- » 时间表:按你方便的
- » 考试:在线

网络访问: www.techitute.com/cn/education/advanced-master-degree/advanced-master-degree-comprehensive-speech-therapy

目录

01

介绍

4

02

目标

8

03

能力

16

04

课程管理

22

05

结构和内容

30

06

方法

92

07

学位

100

01 介绍

言语障碍会带来其他相关问题,因此,拥有训练有素的言语治疗师,能够识别,评估和干预这种类型的病症是非常重要的。应该考虑到,有些部门的专业人员更容易出现这种类型的嗓子问题,如教师,记者,歌手等,他们以嗓子为主要工作工具,但有时不知道如何照顾自己。



“

语音治疗师需要了解最新的发展,以
治疗语音障碍并帮助他们的病人”

言语治疗的最新进展,包括临床和教育方面的进展,为与言语,语言和沟通障碍的检测,评估和干预有关的新方法带来了重要的转机,在学校的儿童和年轻人中的发病率越来越高。

了解由语言障碍引起的具体教育需求是什么,如何识别它们,它们在可观察到的迹象或特征方面的特质是什么,以及什么干预模式(包括直接和间接)最合适,这些都是任何语言治疗再教育过程的关键方面。

此外,必须考虑到专业人员,如演讲者,记者,广告人,传播者,演员,歌手等,需要了解和处理他们的演讲设备,因为使用这些设备对他们的工作至关重要。从这个意义上说,意识到声音及其改变的多因素性质也很重要。人的声音随着时间的推移而发生变化,除其他因素外,还与语音呼吸系统的成熟和发展以及其退化有关。

为此,TECH设计了这个社会承诺计划,以帮助培养高素质的专业人员,并在计划过程中发展他们的个人,社会和工作技能。因此,毕业生将能够通过激励,批判性思维和发展,以更有机,更简单和更有效的方式学习。

这个课程旨在让您以密集和实用的方式获得该学科具体的知识。对任何专业人士来说,这都是一个巨大的价值。此外,由于这是一个100%的在教义,由学生自己决定学习地点和时间。没有固定的时间表义务,也不需要前往教室,这使得工作和家庭生活更容易协调。

这个**综合语言治疗高级硕士**包含市场上最完整和最新的课程。主要特点是:

- ◆ 最新的学习软件科技
- ◆ 强烈的视觉教学系统,由易于吸收和理解的图形和示意图内容支持
- ◆ 学习由从业的专家提出的案例研究
- ◆ 最先进的互动视频系统
- ◆ 由远程实践支持的教学
- ◆ 持续更新和再培训系统
- ◆ 自我调节的学习:与其他职业完全兼容
- ◆ 用于自我评估和验证学习效果的实际练习
- ◆ 支持小组和教育协同:向专家提问,讨论论坛和知识
- ◆ 与老师的沟通和个人的反思工作
- ◆ 可以从任何有互联网连接的固定或便携式设备上获取内容
- ◆ 补充文件库永久可用,甚至在方案结束后也是如此



在先进技术发展和优秀专业人员的教学经验支持下,具有较高的科学培训水平"

“

深入和完全沉浸在综合语言治疗的策略和方法中”

一个为渴望卓越的专业人士创建的专业, 它将使你以一种流畅和有效的方式获得新的能力和战略。

我们有最好的教学方法和大量的模拟案例, 这将有助于你在真实情况下进行训练。

我们的教学人员是由活跃的专业人士组成的。通过这种方式, 我们确保为您提供我们所期望的教育知识更新。一个由不同环境中训练有素和经验丰富的专业人员组成的多学科团队, 他们将以有效的方式发展理论知识, 但最重要的是, 他们将把从自己的经验中获得的实践知识服务于属于的: 这是该培训的一个与众不同的品质。

对这一主题的掌握, 与这一硕士学位的方法设计的有效性相辅相成。由一个多学科的网络学习专家团队开发它整合了教育技术的最新进展。通过这种方式, 将能够利用一系列方便又多功能的多媒体工具进行学习, 这将使你在专业领域获得所需的可操作性。

该课程的设计重点是基于问题的学习: 一种将学习设想为一个明显的实践过程的方法。为了远程实现这一目标, 我们将Se美国远程教学。在创新的互动视频系统的帮助下, 从专家那里学习将能够能够获得知识, 面对你在那一刻实景学习Se一样。一个概念, 将使学习以更现实和永久的方式被整合和固定下来。



02 目标

其目的是培养高素质的专业人才，以获得工作经验。此外，在全球范围内，这一目标还促进了人类发展，为更好的社会奠定了基础。这一目标具体体现在帮助专业人士达到更高的能力和控制水平。一个你可以认为理所当然的目标，具有高强度和精确度的专业化。



“

如果你的目标是提高你的专业水平, 获得一个能使你在最好的竞争中获胜的资格, 那就不要再找了: 欢迎来到TECH"



总体目标

- ◆ 识别, 评估, 诊断和有效地干预已经形成的不同的语言和沟通障碍
- ◆ 学习发音系统的具体解剖和功能方面的知识, 作为声带病症康复和声乐专业人员的发声工作的基础
- ◆ 深入了解最新的诊断和治疗技术
- ◆ 加深对客观语音评估所获结果的认识和分析
- ◆ 知道如何在日常临床实践中实施正确和完整的发声功能评估
- ◆ 了解声音最重要的特征, 学会聆听不同类型的声音, 以便知道哪些方面会发生变化, 从而指导临床实践
- ◆ 分析不同的可能的声带病症, 并在治疗中实现科学的严谨性
- ◆ 了解治疗声带病症的不同方法
- ◆ 提高对声带护理需求的认识
- ◆ 以不同的嗓音专业人员为重点, 讲授声乐治疗的工作
- ◆ 了解多学科工作对某些嗓音病症的重要性
- ◆ 把声音看作是人的一种整体能力, 而不是语音系统的专属行为
- ◆ 用目前基于科学证据的治疗方法解决真正的实际案例





具体目标

模块1.言语和语言治疗的基础

- ◆ 深化语言治疗的概念和该学科专业人员的行动领域
- ◆ 获得有关语言概念和构成语言的不同方面的知识
- ◆ 深入了解语言的典型发展,知道其阶段性,并能识别这种发展中的警告信号
- ◆ 理解并能够从目前存在的不同方法中对不同的语言病症进行分类
- ◆ 了解语言治疗学科的不同电池和测试,以便能够对语言的不同领域进行正确评估
- ◆ 能够以清晰和准确的方式为家庭和不同的专业人士制定一份语言治疗报告
- ◆ 了解在有必要和有利于儿童康复的情况下,与跨学科团队合作的重要性和有效性

模块2.肢体障碍:评估,诊断和干预

- ◆ 加深对排泄障碍的认识,以及存在的不同类型的分类和亚型
- ◆ 了解并能够应用干预的过程,以及获得能够干预的知识,并为可能出现的不同障碍创造自己的有效材料

模块3.阅读障碍:评估,诊断和干预

- ◆ 了解评估过程中涉及的一切,以便能够进行最有效的语言治疗干预
- ◆ 了解从元音和音节到段落和复杂文本的阅读过程
- ◆ 分析和发展正确阅读过程的技巧
- ◆ 意识到并能够让家庭参与儿童的干预,使他们成为过程的一部分,使这种合作尽可能有效

模块4.特定语言障碍

- ◆ 掌握足够的知识,能够评估言语流畅性障碍
- ◆ 确定主要的语言障碍及其治疗方法
- ◆ 了解家庭以及孩子学校的教师团队支持的干预需求

模块5.了解自闭症

- ◆ 与失调的人接触识别神话和错误信仰
- ◆ 了解不同的受影响区域,以及治疗过程中的首要指标
- ◆ 从临床情况的全球视野出发,支持专业能力;多因素评估
- ◆ 提供必要的工具,以便在每种情况下进行适当的调整
- ◆ 拓宽行动领域的视野;专业人士和家庭发挥积极作用
- ◆ 言语治疗师在自闭症患者中的作用是一个动态因素

模块6.遗传性综合症

- ◆ 能够了解和识别现今最常见的遗传综合征
- ◆ 了解并深入研究专家所描述的每个综合症的特点
- ◆ 获得最佳知识,对可能出现的不同症状进行正确和功能性的评估
- ◆ 深入了解不同的干预工具,包括材料和资源,包括操作和计算机设备,以及可能的调整所有这些,都是为了实现专业人士的有效和高效干预

模块7.口吃障碍和/或口吃:评估,诊断和干预

- ◆ 知道呼吸困难的概念,包括其症状学和分类
- ◆ 能够区分正常的流畅性障碍和语言流畅性的改变,如发音障碍
- ◆ 深化对发音障碍儿童的目标设定和干预深度,以便能够尽可能高效和有效地工作
- ◆ 理解并意识到需要对所有会议和会议中发生的所有情况进行记录

模块8.儿童和青少年中的构音障碍

- ◆ 掌握婴幼儿构音障碍的基本原理,包括概念和分类,以及与其他病症的特点和区别
- ◆ 能够区分言语失调和构音障碍的症状和特点,能够通过进行适当的评估过程识别这两种病症
- ◆ 明确语言治疗师在评估和干预过程中的作用,能够对儿童进行适当的,个性化的练习
- ◆ 了解儿童发展的环境和背景,能够在所有环境中提供充分的支持,并在康复过程中指导家庭和教育专业人士
- ◆ 了解参与评估和干预畸形儿童的专业人士,以及在干预过程中与所有专业人士合作的重要性

模块9.了解听力障碍

- ◆ 吸收与听力有关的器官和机制的解剖和功能
- ◆ 深化耳聋的概念和存在的不同类型
- ◆ 了解评估听力障碍的评估和诊断工具,以及多学科团队能够开展的重要性
- ◆ 能够对低听觉进行有效的干预,了解并内化这种干预的所有阶段
- ◆ 知道并理解助听器和人工耳蜗的功能和重要性
- ◆ 学习更多关于双模通信的知识,并能够理解其功能和重要性
- ◆ 理解手语翻译的作用(ILSE)

模块10.对语言治疗领域感兴趣的心理学知识

- ◆ 对儿童和青少年心理学的知识和工作领域的了解:研究对象,行动领域等
- ◆ 意识到从事儿童和青少年工作的专业人员应具备或加强的特点
- ◆ 掌握必要的基本知识,以发现和转介儿童和青少年可能存在的心理问题,这些问题可能会扰乱儿童的健康和干扰语言治疗康复,并对其进行反思
- ◆ 了解不同的心理问题(情绪,认知和行为)对语言治疗康复可能产生的影响
- ◆ 掌握与注意力过程有关的知识,以及它们对语言的影响和与其他专业人员一起在语言治疗水平上进行的干预策略
- ◆ 加深对执行功能及其在语言领域的影响的认识,并与其他专业人员一起获得在语言治疗层面进行干预的策略
- ◆ 获得关于如何干预儿童和青少年社会技能的知识,以及深化与之相关的一些概念,并获得加强这些技能的具体策略
- ◆ 学习不同的行为矫正策略,这些策略在咨询中很有用,可以实现适当行为的启动,发展和普及,以及减少或消除不适当的行为
- ◆ 深化激励的概念,并在咨询中获得有利于激励的策略
- ◆ 获得与儿童和青少年学业失败有关的知识
- ◆ 从语言治疗和心理学的角度,学习有助于提高儿童和青少年成绩的主要学习习惯和技巧

模块11.语音的解剖学,生理学和生物力学的基础知识

- ◆ 了解语音系统的系统发育起源
- ◆ 了解人类喉部的进化发展
- ◆ 了解主要的肌肉和呼吸系统的功能
- ◆ 了解构成喉部的主要解剖结构以及它们的功能
- ◆ 了解声带的组织学
- ◆ 分析声带的振动周期
- ◆ 分析构成声道的不同结构和腔体
- ◆ 研究不同的理论,这些理论对声音是如何产生的给出了答案
- ◆ 研究发音生理学的特点及其主要组成部分
- ◆ 加深对喉部形态功能探索中使用的不同探索性试验的认识
- ◆ 熟悉对发音系统进行形态功能评估的必要工具

模块12.客观的声音探索

- ◆ 分析和理解用客观考试测试获得的结果
- ◆ 了解在哪些情况下需要进行这些客观测试,或不需要
- ◆ 了解语音声学的概念
- ◆ 要学习频谱图中可观察到的不同参数
- ◆ 要学习如何分析频谱图
- ◆ 知道如何收集语音样本进行声学分析
- ◆ 解释声学语音分析中获得的结果
- ◆ 以最佳方式利用不同的声学分析程序

模块13.语音的功能评估

- ◆ 学会用客观标准倾听不同类型的声音
- ◆ 在日常练习中应用不同的音频感知量表
- ◆ 熟悉现有的各种声乐功能评估测试
- ◆ 知道基频的概念,并学习如何从语音样本中获取基频
- ◆ 了解音标,并学习如何在日常练习中使用音标
- ◆ 计算发声功能指数
- ◆ 根据病人的特点,进行完整的病史分析
- ◆ 了解可以指导我们治疗的其他检查

模块14.正常的声音对病理性的声音

- ◆ 区分正常和病态的声音
- ◆ 失声和发音障碍的鉴别概念
- ◆ 学会通过听声音发现发音障碍的最初症状/特征
- ◆ 了解不同类型的声音和它们的特点
- ◆ 分析功能性发音障碍的不同类型
- ◆ 分析先天性器质性发音障碍的不同类型
- ◆ 分析获得性器质性发音障碍的不同类
- ◆ 分析不同类型的器质性功能性发音障碍
- ◆ 知道如何识别图像中观察到的声带病变
- ◆ 知道如何根据声音的听觉特征对声音进行分析和分类

模块15.声带病症的内外科治疗

- ◆ 了解现有的不同声学手术技术
- ◆ 熟悉通常进行的不同喉部手术
- ◆ 了解医生对发音障碍所开的不同药物
- ◆ 重视嗓音病症康复中的团队合作

模块16.语音治疗治疗语音障碍

- ◆ 了解何时需要或不需要进行语言治疗
- ◆ 了解和规划康复的一般目标
- ◆ 了解康复方法中不同的可能方法
- ◆ 了解肌肉调节的基本原则
- ◆ 了解呼吸系统调节的基本原理
- ◆ 了解卫生治疗的基本原则
- ◆ 了解保密语音治疗的基本原则
- ◆ 了解共鸣式语音治疗的基本原则
- ◆ 了解重音法的基本原则
- ◆ 了解发声功能练习的基本原则
- ◆ 了解流利发音的基本原则
- ◆ 了解Lee Silverman LSVT的基本原则
- ◆ 了解生理治疗的基本原则
- ◆ 了解半封闭式声道练习的基本原则
- ◆ 了解手动喉部按摩的基本原则
- ◆ 了解促进声音的基本原则
- ◆ 了解ESTILL语音训练的基本原则
- ◆ 了解PROEL方法的基本原则
- ◆ 了解NEIRA方法的基本原则
- ◆ 了解身体-声音-运动方法的基本原则
- ◆ 知道如何结合每个病人的具体发声特点和需要, 为他们选择最有效的疗法

模块17.按病症进行语言治疗

- ◆ 对功能性的病症采取康复治疗
- ◆ 解决先天和后天的器质性病变的康复治疗问题
- ◆ 对有机功能源的病症采取康复治疗
- ◆ 解决接受过喉切除术的病病人的康复治疗问题
- ◆ 处理因改变性别而来到诊所的病病人的发声条件
- ◆ 了解解决实际案例

模块18.有声语言的专业使用

- ◆ 了解专业声带病变的风险群体
- ◆ 采用卫生措施计划进行嗓音护理
- ◆ 了解每个专业组的声乐工作的具体目标
- ◆ 学习在声乐灵活性方面的工作
- ◆ 学习在发声阻力方面的工作
- ◆ 学会锻炼这些专业团体所需的多面性嗓音
- ◆ 根据各专业组的情况提出工作建议
- ◆ 了解解决实际案例
- ◆ 列出唱腔的组成部分
- ◆ 描述发音, 衔接和音调的各个方面
- ◆ 解释不同的发声区



模块19.专业歌声

- ◆ 声乐治疗在专业唱腔中的方案目标
- ◆ 描述过程中的艺术部分
- ◆ 解释, 管理和操纵球场
- ◆ 以健康的方式解释, 管理和操纵强度
- ◆ 以健康的方式了解, 管理和操纵投射物
- ◆ 要知道如何应用无害的声带抵抗方案
- ◆ 定义应用于歌唱的感觉运动学习的基础
- ◆ 找到每个排放物中的肌肉工作
- ◆ 了解实际案例
- ◆ 定义心理学和声音之间的关系
- ◆ 解释发声方面对非语言沟通的影响

模块20.心理学和声音

- ◆ 解释多学科工作对预防和治疗嗓音病变的重要性
- ◆ 描述声音和情感之间的关系
- ◆ 描述声音和压力之间的关系
- ◆ 解释不同类型的发音障碍需要采用多学科的方法
- ◆ 从心理学和健康角度分析预防嗓音问题的各个方面

模块21.声带康复

- ◆ 深入了解最新的诊断和治疗技术
- ◆ 分析不同的可能的声带病症, 并在治疗中实现科学的严谨性
- ◆ 用目前基于科学证据的治疗方法解决真正的实际案例
- ◆ 加深对客观语音评估所获结果的认识和分析
- ◆ 了解治疗声带病症的不同方法
- ◆ 提高对声带护理需求的认识
- ◆ 把声音看作是人的一种整体能力, 而不是语音系统的专属行为

03 能力

一旦学习了所有的内容,并达到了综合语言治疗高级硕士的目标,专业人士就会在这个领域有卓越的能力和表现。一个全面的高级培训方法,使与众不同



“

在任何职业中实现卓越,都需要努力和毅力。但是,最重要的是专业人员的支持,,他们将以必要的手段和支持为你提供所需的动力。在TECH,我们为您提供您需要的一切”



总体能力

- ◆ 加深你对语言治疗概念和程序的认识, 以及本学科专业人员的每一个行动领域
- ◆ 获得有关语言和言语方面的知识
- ◆ 深入了解进化和规范的神经发育方面的知识
- ◆ 了解并能够对不同的言语和语言病症进行分类
- ◆ 获得拟定技术报告的技能
- ◆ 从多学科方法中吸收有效的干预做法
- ◆ 在研究背景下, 掌握并理解可为原创性地发展和/或应用想法提供基础或机会的
- ◆ 在与其研究领域相关的更广泛的 (或多学科的) 背景下, 在新的或不熟悉的环境中应用所学知识和解决问题的技能
- ◆ 以清晰明确的方式向专家和非专家听众传达他们的发现--以及背后的最终知识和理由
- ◆ 掌握学习技能, 使他们能够在很大程度上以自我指导或自主的方式继续学习

“

我们的目标非常简单: 为你们提供高质量的培训, 采用当今最好的教学系统, 使你们能够在专业领域取得优异成绩"





具体能力

- ◆ 加深对logopathies和存在的不同类型的分类和亚型的了解
- ◆ 了解并能够应用干预的过程, 以及获得能够干预的知识, 并为可能出现的不同语言病症创造自己的有效材料
- ◆ 了解并能够让家庭以及其他教育机构参与整个语言治疗过程, 考虑背景和社会心理变量
- ◆ 学习和整合技术的使用, 以及应用创新疗法和其他相关学科的资源
- ◆ 了解必要的工具, 以有效的方式进行日常临床实践, 实现病人的主观功能改善
- ◆ 使其工作方法适应每个病人的个人特质
- ◆ 知道什么时候应该转介给其他专业人员或作为一个团队进行治疗, 以最终使病人受益和改善
- ◆ 探索人类声音的无限可能性, 并能够在自己和病人身上进行实践
- ◆ 对其病人的发声功能进行综合报告, 以便与其他参与治疗的专业人员协调
- ◆ 通过调整他们的日常工作以适应病人的演变, 自我评价他们的临床实践
- ◆ 要知道声音的特点和定义它的参数
- ◆ 将声音与情绪和心理-情感变量联系起来解释
- ◆ 分析根据语境使用语音的不同变量
- ◆ 认识到根据职业的不同而使用声音的特殊性
- ◆ 练习与角色相适应的不同发声区
- ◆ 描述使用自己的声音, 并解释自己身体的感觉
- ◆ 练习自我评价自己的声音, 衡量自己的参数
- ◆ 了解发声器官的外观和工作原理, 以便了解发声练习
- ◆ 理解与发音解释理论有关的发声功能
- ◆ 运用连贯的干预原则和专业技能, 在所有要求的领域进行语言治疗干预

04 课程管理

作为这个课程全面质量概念的一部分，TECH很自豪地为学生提供最高水平的教师队伍，这些教师都是根据他们在教育领域的成熟经验选择的。来自不同领域有不同能力的专业人士，组成了一个完整的多学科团队。一个向最高水平的人学习的独特机会。



“

我们的教师将把他们的经验和教学技能提供给你, 为你提供一个刺激性和创造性的专业过程"

国际客座董事

因其临床卓越,多次获奖的Sarah Schneider博士是一位著名的言语语言病理学家,她在治疗与声音和上呼吸道相关的疾病方面有着高度的专业化经验。

因此,她曾在多个国际知名的机构工作,包括美国的 UCSF Health。在那里,她领导了多个临床项目,推动了跨学科方法的实施,旨在优化声音障碍、吞咽问题以及沟通困难的治疗。正因如此,她帮助患者显著改善了生活质量,成功克服了从 喉部肌张力障碍到 异常声带振动,以及跨性别者的 声音康复等复杂病症。此外,她还显著帮助了许多歌手和专业演讲者优化他们的声音表现。

此外,她还兼任 临床研究员。她已发表了多篇关于如 恢复失声技术等创新技术的学术文章,尤其是针对因手术或严重疾病(如 喉癌)导致的失声问题。同时,她的研究也聚焦于运用 先进技术,帮助诊断和治疗 语音功能障碍,其中包括 过度鼻音等常见问题。

为了提升个人的整体福祉,她还在全球多个会议上分享了自己的研究成果,旨在推动该领域的发展。通过这些举措,她不仅让专家们更新了在声音恢复方面的最新进展,还帮助他们制定了有效的策略,预防依赖口语能力的专业人士出现声带损伤,演员们便是一个鲜明的例子。



Schneider, Sarah 博士

- UCSF Health, 加利福尼亚州, 美国 语音语言病理学主任
- 费城罗伯特·T·萨塔洛夫博士语音病理学家, 宾夕法尼亚州
- 田纳西州纳什维尔范德堡语音中心语音病理学家
- 马凯特大学语音语言病理学硕士学位
- 马凯特大学传播学与障碍学学士学位
- 会员: “声音杂志”编辑委员会, 加利福尼亚州听力和言语协会

“

感谢 TECH, 您将能够与世界上最优秀的专业人士一起学习”

国际客座董事

Elizabeth Anne Rosenzweig博士是国际知名的专家,专注于治疗听力损失的儿童。作为口语语言专家和认证治疗师,她推动了基于远程实践的早期援助策略,对患者及其家庭具有广泛的益处。

此外,Rosenzweig博士的研究兴趣集中在创伤援助、文化敏感的口语实践和个人准备。在这些领域的积极学术工作使她获得了多个奖项,其中包括哥伦比亚大学颁发的多样性研究奖。

凭借她的高级技能,她担任了哥伦比亚大学Edward D. Mysak沟通障碍诊所的领导。她还因其在哥伦比亚大学教育学院的教职和作为通用卫生职业研究所的合作伙伴而备受关注。此外,她是高影响力科学社区期刊The Journal of Early Hearing Detection and Intervention和The Journal of Deaf Studies and Deaf Education的官方审稿人。

Rosenzweig博士还管理和指导AuditoryVerbalTherapy.net项目,为遍布世界各地的患者提供远程治疗服务。她还担任其他全球专业中心的语言和听力顾问。同时,她专注于非营利性工作,并参与无限听力项目,该项目旨在为拉丁美洲的儿童和专业人士提供帮助。同时,亚历山大·格雷厄姆·贝尔协会为聋人和听力障碍者任命她为副主席。



Elizabeth Anne Rosenzweig 博士

- 哥伦比亚大学沟通障碍诊所主任, 美国纽约
- 哥伦比亚大学通用卫生职业研究所助理教授
- AuditoryVerbalTherapy.net私人咨询主管
- 耶史华大学部门主任
- 哥伦比亚大学教育学院和比较文学系副教授
- 审稿人: 专业期刊The Journal of Deaf Studies and Deaf Education和The Journal of Early Hearing Detection and Intervention
- 亚历山大·格雷厄姆·贝尔协会副主席
- 哥伦比亚大学教育博士学位
- Fontbonne大学言语病理学硕士学位
- 德克萨斯基督教大学传播与交流障碍科学学士学位
- 美国言语和语言协会
- 美国耳蜗植入联盟
- 美国言语和语言协会会员

“

感谢 TECH, 你将能够与世界上最优秀的专业人士一起学习”

管理人员



Martín Bielsa, Laura 女士

- ◆ 语言治疗师和教师
- ◆ 嗓音病理学专家
- ◆ 多学科中心Dime Más主任
- ◆ CFP埃斯特尔语音培训
- ◆ 在不同的声乐康复方法方面有广泛的训练
- ◆ 阿拉贡语言治疗师专业协会会长



Vázquez Pérez, María Asunción 女士

- ◆ 擅长神经病学的语言治疗师
- ◆ Neurosens的语言治疗师
- ◆ Rehasalud康复中心的语言治疗师
- ◆ 森达斯心理咨询室的语言治疗师
- ◆ 阿科鲁尼亚大学语言治疗文凭
- ◆ 神经病学硕士

教师

Berbel, Fina Mari 女士

- ◆ 语言治疗师 临床听觉和听力治疗专家
- ◆ 阿利坎特聋人联合会的语言治疗师
- ◆ 穆尔西亚大学语言治疗学位
- ◆ 西班牙手语口译培训(LSE)

Cerezo Fernández, Ester 女士

- ◆ 专攻神经心理学的言语治疗师
- ◆ 神经康复诊所的言语治疗师 步步为营
- ◆ San Jerónimo医院的语言治疗师
- ◆ Zona Hospitalaria杂志的编辑
- ◆ 毕业于卡斯蒂利亚-拉曼恰大学语言治疗专业
- ◆ Iteap学院的临床神经心理学硕士课程
- ◆ Euroinnova商学院的肌功能治疗专家
- ◆ Euroinnova商学院的早期儿童护理专家
- ◆ Euroinnova商学院的音乐治疗专家

López Mouriz, Patricia 女士

- ◆ 普通健康心理学家
- ◆ FÍSICO Fisioterapia y Salud的心理学家
- ◆ ADAFAD协会的心理学家调解员
- ◆ Orienta中心的心理学家
- ◆ 阿布伦特的心理学家
- ◆ 圣地亚哥-德孔波斯特拉大学(USC)的心理学学位
- ◆ 圣地亚哥-德孔波斯特拉大学(USC)普通健康心理学硕士
- ◆ 平等, 简要治疗和儿童学习困难方面的培训

Quílez Félez, Olaya 女士

- ◆ Dime Más多学科中心和阿拉贡其他保健中心的健康心理学家
- ◆ 神经心理学硕士学位
- ◆ 与萨拉戈萨大学的研究项目合作者

Corvo, Sandra 女士

- ◆ 语言治疗师
- ◆ Córtez诊所主任-罗德里戈区
- ◆ 在Gimbernat Cantabria学校获得交流和运动功能的神经康复进展的官方硕士学位
- ◆ 目前正在撰写她的博士论文, 研究通过舞蹈的运动协同编程来改善帕金森病患者的声音和语言

Gómez, Agustín 先生

- ◆ 语言治疗师
- ◆ 阿尔法迪夫中心主任 - 阿尔巴塞特
- ◆ 副教授和UCLM的语言治疗学位的合作者
- ◆ 多样化的语音训练: CFP 埃斯特尔语音培训 和PROEL等
- ◆ 在不同的独立剧团有超过20年的演员经验

Fernández Peñarroya, Raúl 先生

- ◆ 安道尔的Fisyos中心主任
- ◆ 物理治疗师, 在康复, 手法治疗, 筋膜治疗和干针疗法方面有广泛的培训
- ◆ 对帕金森病的物理治疗方面的研究活动

Mata Ares, Sandra María 女士

- ◆ 言语治疗师, 专注于儿童和青少年的语言治疗干预
- ◆ 洛戈佩达桑德拉社区的语言治疗师
- ◆ 菲斯奥萨德的语言治疗师
- ◆ 安娜-帕拉达政治中心的语言治疗师
- ◆ 健康心理学中心和家庭语言治疗师
- ◆ 阿科鲁尼亚大学的语言治疗文凭
- ◆ 在阿科鲁尼亚大学获得儿童和青少年语言治疗干预的硕士学位

Pozo García, Susana 女士

- ◆ 物理治疗师
- ◆ 安道尔的Fisyos中心主任
- ◆ 专长骨科医生在筋膜诱导, 干针和淋巴引流方面具有丰富的培训和临床经验
- ◆ 萨拉戈萨大学健康科学学院的见习辅导员

Rico Sánchez, Rosana 女士

- ◆ 言语治疗和教育学中心 "Palabras Y Más "的主任和言语治疗师
- ◆ 在OrientaMedia的语言治疗师
- ◆ 在专家会议上发言
- ◆ 巴利亚多利德大学的语言治疗文凭
- ◆ UNED 心理学学位
- ◆ 替代性和/或辅助性交流系统专家 (SAAC)





Romero Meca, Alizia 女士

- ◆ 音乐教育文凭
- ◆ 埃斯蒂尔语音培训的CMT认证教师
- ◆ 目前正在, 准备她的证书, 作为埃斯蒂尔语音培训的CCI教员
- ◆ 自1996年以来一直是专业歌手, 有多次巡演和500多场演出
- ◆ 自2000年起担任声乐教练, 提供所有音乐流派, 级别和团体的课程
- ◆ 室内合唱团The Gospel Wave Choir主任兼歌手

Plana González, Andrea 女士

- ◆ Logrospedia的创始人和语言治疗师
- ◆ ClínicActiva和Amaco Salud的语言治疗师
- ◆ 毕业于巴利亚多利德大学语言治疗专业
- ◆ 萨拉曼卡教廷大学的口部运动和肌功能治疗硕士学位
- ◆ 在CEU Cardenal Herrera大学获得声乐治疗硕士学位
- ◆ 被CEU Cardenal Herrera大学聘为神经康复和早期干预方面的专科文凭



不要错过与最好的人
一起训练的机会"

05

结构和内容

这个专业课程的内容是由不同教师制定的，目的很明确：确保我们的学生获得每一项必要的技能，成为这个领域的真正专家。本高级硕士的内容将使你能够学习这领域所涉及的不同学科。一个全面和结构良好的课程，将引导学生达到最高的质量和成功标准。



“

通过一个非常好的分区发展,你将能够获得目前最先进的综合语言治疗知识"

模块1.言语和语言治疗的基础

- 1.1. 高级硕士和模块的介绍
 - 1.1.1. 高级硕士的介绍
 - 1.1.2. 模块介绍
 - 1.1.3. 语言的以往方面
 - 1.1.4. 语言研究的历史
 - 1.1.5. 语言的基本理论
 - 1.1.6. 语言习得方面的研究
 - 1.1.7. 语言发展的神经学基础
 - 1.1.8. 语言发展的知觉基础
 - 1.1.9. 语言的社会和认知基础
 - 1.1.9.1. 简介
 - 1.1.9.2. 模仿的重要性
 - 1.1.10. 最后的结论
- 1.2. 什么是语言治疗?
 - 1.2.1. 言语治疗
 - 1.2.1.1. 言语治疗的概念
 - 1.2.1.2. 言语治疗的概念
 - 1.2.2. 语言治疗的历史
 - 1.2.3. 世界其他地区的言语治疗
 - 1.2.3.1. 在世界其他地区的语言治疗中, 专业人员的重要性
 - 1.2.3.2. 语言治疗师在其他国家被称为什么?
 - 1.2.3.3. 言语治疗师的形象在其他国家受到重视吗?
 - 1.2.4. 法医语言治疗
 - 1.2.4.1. 初步考虑
 - 1.2.4.2. 法医语言治疗师的概念
 - 1.2.4.3. 法医语言治疗师的重要性
 - 1.2.5. 听力和语言教师
 - 1.2.5.1. 听力和语言教师的概念
 - 1.2.5.2. 听力和语言教师的工作领域
 - 1.2.5.3. 言语治疗师与听力和语言教师的区别
 - 1.2.6. 最后的结论
- 1.3. 语言, 言语和交流
 - 1.3.1. 初步考虑
 - 1.3.2. 语言, 言语和交流
 - 1.3.2.1. 语言的概念
 - 1.3.2.2. 言论的概念
 - 1.3.2.3. 沟通的概念
 - 1.3.2.4. 它们有什么不同?
 - 1.3.3. 语言的层面
 - 1.3.3.1. 形式或结构方面
 - 1.3.3.2. 职能方面
 - 1.3.3.3. 行为方面
 - 1.3.4. 解释语言发展的理论
 - 1.3.4.1. 初步考虑
 - 1.3.4.2. 决定论的理论: 沃夫
 - 1.3.4.3. 行为主义的理论: 斯金纳
 - 1.3.4.4. 先天主义理论: 乔姆斯基
 - 1.3.4.5. 交互主义的立场
 - 1.3.5. 解释语言发展的认知理论
 - 1.3.5.1. Piaget
 - 1.3.5.2. Vigotsky
 - 1.3.5.3. Luria
 - 1.3.5.4. Bruner
 - 1.3.6. 环境对语言习得的影响
 - 1.3.7. 语言的组成部分
 - 1.3.7.1. 语音学和音声学
 - 1.3.7.2. 语义学和词汇学
 - 1.3.7.3. 语义学
 - 1.3.7.4. 语用学
 - 1.3.8. 语言发展的各个阶段
 - 1.3.8.1. 前语言学阶段
 - 1.3.8.2. 语言学阶段
 - 1.3.9. 语言发展规范性汇总表
 - 1.3.10. 最后的结论



- 1.4. 沟通, 言语和语言障碍
 - 1.4.1. 单位简介
 - 1.4.2. 沟通, 言语和语言障碍
 - 1.4.2.1. 沟通障碍的概念
 - 1.4.2.2. 言语障碍的概念
 - 1.4.2.3. 语言障碍的概念
 - 1.4.2.4. 它们有什么不同?
 - 1.4.3. 沟通障碍
 - 1.4.3.1. 初步考虑
 - 1.4.3.2. 与其他疾病共存
 - 1.4.3.3. 沟通障碍的类型
 - 1.4.3.3.1. 社会沟通障碍
 - 1.4.3.3.2. 不明原因的沟通障碍
 - 1.4.4. 言语障碍
 - 1.4.4.1. 初步考虑
 - 1.4.4.2. 言语障碍的起源
 - 1.4.4.3. 语言障碍的症状
 - 1.4.4.3.1. 轻度延迟
 - 1.4.4.3.2. 中度延迟
 - 1.4.4.3.3. 严重延误
 - 1.4.4.4. 言语障碍的警告信号
 - 1.4.5. 言语障碍的分类
 - 1.4.5.1. 语音紊乱或失语症
 - 1.4.5.2. 血液循环不良
 - 1.4.5.3. 口语障碍
 - 1.4.5.4. 失语症
 - 1.4.5.5. 血小板增多症
 - 1.4.5.6. 其他
 - 1.4.6. 语言障碍
 - 1.4.6.1. 初步考虑
 - 1.4.6.2. 语言障碍的起源
 - 1.4.6.3. 与语言障碍有关的疾病
 - 1.4.6.4. 语言发展的警告信号

- 1.4.7. 语言障碍的类型
 - 1.4.7.1. 感受性语言困难
 - 1.4.7.2. 表达语言困难
 - 1.4.7.3. 感受性-表达性语言困难
- 1.4.8. 语言障碍的分类
 - 1.4.8.1. 从临床方法来看
 - 1.4.8.2. 从教育方法来看
 - 1.4.8.3. 从心理语言学的角度来看
 - 1.4.8.4. 从公理的角度来看
- 1.4.9. 在语言障碍中, 哪些技能会受到影响?
 - 1.4.9.1. 社会技能
 - 1.4.9.2. 学术问题
 - 1.4.9.3. 受影响的其他技能
- 1.4.10. 语言障碍的类型
 - 1.4.10.1. SLD
 - 1.4.10.2. 失语症
 - 1.4.10.3. 阅读障碍症
 - 1.4.10.4. 注意力缺陷多动障碍 (ADHD)
 - 1.4.10.5. 其他
- 1.4.11. 典型发展和发展障碍的比较表
- 1.5. 言语治疗评估工具
 - 1.5.1. 单位简介
 - 1.5.2. 在言语语言评估中应强调的方面
 - 1.5.2.1. 主要考虑因素
 - 1.5.3. 口腔运动技能的评估: 口腔认知系统
 - 1.5.4. 语言, 言语和沟通方面的语言评估领域
 - 1.5.4.1. 忆苦思甜 (家庭访谈)
 - 1.5.4.2. 评估前言语阶段
 - 1.5.4.3. 语音学和语音学的评估
 - 1.5.4.4. 形态的评估
 - 1.5.4.5. 语法的评估
 - 1.5.4.6. 对语义的评估
 - 1.5.4.7. 对语用学的评估
 - 1.5.5. 言语评估中最常用的测试的一般分类
 - 1.5.5.1. 发展量表: 介绍
 - 1.5.5.2. 口语评估的测试: 介绍
 - 1.5.6. 发展量表
 - 1.5.6.1. 布鲁内-莱辛发展量表
 - 1.5.6.2. 巴特尔发展调查表
 - 1.5.6.3. 波特奇指南
 - 1.5.6.4. 海兹阿-莱昂斯
 - 1.5.6.5. 贝利儿童发展量表
 - 1.5.6.6. 麦卡锡量表 (儿童心理运动和能力量表)
 - 1.5.7. 口头语言评估测试
 - 1.5.7.1. 蒙特福特诱导的语音注册
 - 1.5.7.2. ITPA
 - 1.5.8. 不同测试的汇总表
 - 1.5.9. 最后的结论
- 1.6. 言语治疗报告应包含的内容
 - 1.6.1. 单位简介
 - 1.6.2. 评估的原因
 - 1.6.2.1. 由家庭提出要求或转介
 - 1.6.2.2. 由学校或外部中心要求或转介
 - 1.6.3. 既往史
 - 1.6.3.1. 与家人一起回忆往事
 - 1.6.3.2. 与教育中心会面
 - 1.6.3.3. 与其他专业人士会面
 - 1.6.4. 病人的医疗和学术史
 - 1.6.4.1. 病历
 - 1.6.4.1.1. 进化的发展
 - 1.6.4.2. 学术史
 - 1.6.5. 不同背景下的情况
 - 1.6.5.1. 家庭背景的情况
 - 1.6.5.2. 社会环境中的情况
 - 1.6.5.3. 学校环境中的情况

- 1.6.6. 专业评估
 - 1.6.6.1. 言语治疗师的评估
 - 1.6.6.2. 由其他专业人士进行评估
 - 1.6.6.2.1. 职业治疗师的评估
 - 1.6.6.2.2. 教师的评估
 - 1.6.6.2.3. 心理学家的评估
 - 1.6.6.2.4. 其他评估
- 1.6.7. 评估的结果
 - 1.6.7.1. 言语治疗评估的结果
 - 1.6.7.2. 其他评估的结果
- 1.6.8. 临床判断和/或结论
 - 1.6.8.1. 语言治疗师的判断
 - 1.6.8.2. 对其他专业人士的判断
 - 1.6.8.3. 与其他专业人士的共同判断
- 1.6.9. 言语治疗干预计划
 - 1.6.9.1. 干预的目标
 - 1.6.9.2. 介入方案
 - 1.6.9.3. 对家庭的指导方针和/或建议
- 1.6.10. 为什么语言治疗报告如此重要?
 - 1.6.10.1. 初步考虑
 - 1.6.10.2. 言语治疗报告可以在哪些方面起到关键作用
- 1.7. 标志干预计划
 - 1.7.1. 简介
 - 1.7.1.1. 言语治疗干预方案的必要性
 - 1.7.2. 什么是语言治疗干预方案?
 - 1.7.2.1. 干预方案的概念
 - 1.7.2.2. 干预方案的基本原理
 - 1.7.2.3. 言语治疗干预方案的考虑因素
 - 1.7.3. 制定语言干预方案的基本方面
 - 1.7.3.1. 儿童的特点
- 1.7.4. 语言治疗干预的规划
 - 1.7.4.1. 将要进行的干预的方法
 - 1.7.4.2. 规划干预措施时应考虑的因素
 - 1.7.4.2.1. 课外活动
 - 1.7.4.2.2. 孩子的年龄和矫正后的年龄
 - 1.7.4.2.3. 每周的课程数量
 - 1.7.4.2.4. 家庭的协作
 - 1.7.4.2.5. 家庭的财务状况
- 1.7.5. 言语治疗干预方案的目标
 - 1.7.5.1. 言语治疗干预方案的一般目标
 - 1.7.5.2. 言语治疗干预方案的具体目标
- 1.7.6. 言语治疗干预的领域和言语治疗干预技术
 - 1.7.6.1. 语音
 - 1.7.6.2. 讲话
 - 1.7.6.3. 创作理念
 - 1.7.6.4. 语言
 - 1.7.6.5. 阅读
 - 1.7.6.6. 写作
 - 1.7.6.7. 口腔部
 - 1.7.6.8. 沟通
 - 1.7.6.9. 听证会
 - 1.7.6.10. 呼吸
- 1.7.7. 言语治疗干预的材料和资源
 - 1.7.7.1. 自己生产的, 语言治疗室不可缺少的材料的建议
 - 1.7.7.2. 关于市场上语言治疗室的基本材料的建议
 - 1.7.7.3. 言语治疗干预不可缺少的技术资源

- 1.7.8. 言语治疗干预方法
 - 1.7.8.1. 简介
 - 1.7.8.2. 干预方法的类型
 - 1.7.8.2.1. 语音学方法
 - 1.7.8.2.2. 临床干预方法
 - 1.7.8.2.3. 语义学方法
 - 1.7.8.2.4. 行为-骨科方法
 - 1.7.8.2.5. 务实的方法
 - 1.7.8.2.6. 医学方法
 - 1.7.8.2.7. 其他
 - 1.7.8.3. 为每个对象选择最合适的干预方法
- 1.7.9. 跨学科团队
 - 1.7.9.1. 简介
 - 1.7.9.2. 直接与言语治疗师合作的专业人员
 - 1.7.9.2.1. 心理学家
 - 1.7.9.2.2. 职业治疗师
 - 1.7.9.2.3. 教师
 - 1.7.9.2.4. 听力和语言教师
 - 1.7.9.2.5. 其他
 - 1.7.9.3. 这些专业人员在言语和语言干预方面的工作1.7.9.2.6
- 1.7.10. 最后的结论
- 1.8. 辅助性和替代性交流系统 (AACs)
 - 1.8.1. 单位简介
 - 1.8.2. 什么是ADC系统?
 - 1.8.2.1. 辅助性交流系统的概念
 - 1.8.2.2. 替代交流系统的概念
 - 1.8.2.3. 相同点和不同点
 - 1.8.2.4. ADC的优势
 - 1.8.2.5. ADC的劣势
 - 1.8.2.6. SAACs是如何产生的?
 - 1.8.3. SAAC的原则
 - 1.8.3.1. 总体原则
 - 1.8.3.2. 关于SAAC的迷思
 - 1.8.4. 我如何知道哪个ADC适合我
 - 1.8.5. 通信支持产品
 - 1.8.5.1. 基本支持产品
 - 1.8.5.2. 技术支持产品
 - 1.8.6. 获取的战略和支持产品
 - 1.8.6.1. 直接选择
 - 1.8.6.2. 鼠标选择
 - 1.8.6.3. 依赖性扫描
 - 1.8.6.4. 编码选择
 - 1.8.7. SAAC的类型
 - 1.8.7.1. 手语
 - 1.8.7.2. 补语
 - 1.8.7.3. PECs
 - 1.8.7.4. 双模态交流
 - 1.8.7.5. 幸福系统
 - 1.8.7.6. 传播者
 - 1.8.7.7. 敏思语
 - 1.8.7.8. 谢弗系统
 - 1.8.8. 如何促进SAAC干预的成功
 - 1.8.9. 适合每个人的技术辅助工具
 - 1.8.9.1. 传播者
 - 1.8.9.2. 按钮
 - 1.8.9.3. 虚拟键盘
 - 1.8.9.4. 适应性强的鼠标
 - 1.8.9.5. 信息输入设备

- 10.8.10. SAAC的资源和技术
 - 1.8.10.1. AraBoard建设者
 - 1.8.10.2. 谈话了
 - 1.8.10.3. #Soyvisual
 - 1.8.10.4. SPQR
 - 1.8.10.5. DictaPicto
 - 1.8.10.6. Araword
 - 1.8.10.7. PictoSelector
- 1.9. 家庭作为干预和支持儿童的一部分
 - 1.9.1. 简介
 - 1.9.1.1. 家庭在儿童适当发展中的重要性
 - 1.9.2. 非典型发育儿童的家庭背景下的后果
 - 1.9.2.1. 直接环境中存在的困难
 - 1.9.3. 直接环境中的沟通问题
 - 1.9.3.1. 对象在家中遇到的交流障碍
 - 1.9.4. 针对以家庭为中心的干预模式的言语治疗措施
 - 1.9.4.1. 以家庭为中心的干预概念
 - 1.9.4.2. 如何实施以家庭为中心的干预
 - 1.9.4.3. 以家庭为中心的模式的重要性
 - 1.9.5. 将家庭纳入语言治疗干预中
 - 1.9.5.1. 如何将家庭纳入干预措施中
 - 1.9.5.2. 专业人员的准则
 - 1.9.6. 在该学科的所有背景下, 家庭融合的优势
 - 1.9.6.1. 与教育专业人士协调的优势
 - 1.9.6.2. 与卫生专业人员协调的优势
 - 1.9.7. 对家庭环境的建议
 - 1.9.7.1. 促进口语交流的建议
 - 1.9.7.2. 关于在家庭环境中建立良好关系的建议
 - 1.9.8. 家庭是普及既定目标的关键部分
 - 1.9.8.1. 家庭在概括中的重要性
 - 1.9.8.2. 促进推广的建议
 - 1.9.9. 我如何与我的孩子沟通?
 - 1.9.9.1. 儿童家庭环境的改变
 - 1.9.9.2. 儿童的意见和建议
 - 1.9.9.3. 保存记录表的重要性
 - 1.9.10. 结论
- 1.10. 学校背景下的儿童发展
 - 1.10.1. 单位简介
 - 1.10.2. 在语言治疗干预期间, 学校的参与情况
 - 1.10.2.1. 学校对儿童发展的影响
 - 1.10.2.2. 学校在语言治疗干预中的重要性
 - 1.10.3. 学校支持
 - 1.10.3.1. 学校支持的概念
 - 1.10.3.2. 谁在学校里提供学校支持
 - 1.10.3.2.1. 听力和语言教师
 - 1.10.3.2.2. 治疗性教育学教师 (PT)
 - 1.10.3.2.3. 辅导员
 - 1.10.4. 与教育中心的专业人员协调
 - 1.10.4.1. 言语治疗师与之协调的教育专业人士
 - 1.10.4.2. 协调的基础
 - 1.10.4.3. 协调性在儿童发展中的重要性
 - 1.10.5. 有特殊教育需要的儿童在课堂上的后果
 - 1.10.5.1. 孩子如何与老师和学生沟通
 - 1.10.5.2. 心理学后果
 - 1.10.6. 儿童的学校需求
 - 1.10.6.1. 在干预中考虑到教育需求
 - 1.10.6.2. 谁来确定孩子的教育需求?
 - 1.10.6.3. 它们是如何建立的
 - 1.10.7. 课堂干预的方法学基础
 - 1.10.7.1. 有利于儿童融合的战略
 - 1.10.8. 课程调整
 - 1.10.8.1. 课程调整的概念
 - 1.10.8.2. 应用它的专业人员
 - 1.10.8.3. 这对有特殊教育需要的儿童有什么好处
 - 1.10.9. 结论

模块2.肢体障碍:评估, 诊断和干预

- 2.1. 该模块的介绍
 - 2.1.1. 简介
- 2.2. 肢体障碍简介
 - 2.2.1. 什么是语音学和音素学?
 - 2.2.1.1. 基本概念
 - 2.2.1.2. 音素
 - 2.2.2. 音素的分类
 - 2.2.2.1. 初步考虑
 - 2.2.2.2. 根据衔接点的不同
 - 2.2.2.3. 根据衔接的方式
 - 2.2.3. 语音发射
 - 2.2.3.1. 声音发射的方方面面
 - 2.2.3.2. 语音所涉及的机制
 - 2.2.4. 语音学发展
 - 2.2.4.1. 语音意识的参与
 - 2.2.5. 参与音素发音的器官
 - 2.2.5.1. 呼吸的器官
 - 2.2.5.2. 衔接的器官
 - 2.2.5.3. 发音的器官
 - 2.2.6. 言语困难
 - 2.2.6.1. 术语的词源
 - 2.2.6.2. 功能障碍的概念
 - 2.2.7. 成人的口齿不清
 - 2.2.7.1. 初步考虑
 - 2.2.7.2. 成人失语症的特点
 - 2.2.7.3. 儿童失语症和成人失语症之间有什么区别?
 - 2.2.8. 合并症
 - 2.2.8.1. 障碍性疾病的并发症
 - 2.2.8.2. 相关的疾病
 - 2.2.9. 普遍性
 - 2.2.9.1. 初步考虑
 - 2.2.9.2. 学前人群中语言障碍的发病率
 - 2.2.9.3. 学生群体中语言障碍的流行情况
 - 2.2.10. 最后的结论
- 2.3. 病因学和失语症的分类
 - 2.3.1. 肢体障碍的病因
 - 2.3.1.1. 初步考虑
 - 2.3.1.2. 运动技能差
 - 2.3.1.3. 呼吸困难
 - 2.3.1.4. 缺少理解力或听觉辨别力
 - 2.3.1.5. 心理因素
 - 2.3.1.6. 环境因素
 - 2.3.1.7. 遗传因素
 - 2.3.1.8. 智力因素
 - 2.3.2. 根据病因学标准对失调症的分类
 - 2.3.2.1. 有机物障碍性疾病
 - 2.3.2.2. 功能性失调
 - 2.3.2.3. 发育障碍
 - 2.3.2.4. 听源性失调
 - 2.3.3. 根据时间标准, 对畸形的分类
 - 2.3.3.1. 初步考虑
 - 2.3.3.2. 言语延迟
 - 2.3.3.3. Dyslalia
 - 2.3.4. 根据所涉及的语音过程, 对语言障碍进行分类
 - 2.3.4.1. 简化
 - 2.3.4.2. 同化
 - 2.3.4.3. 音节结构
 - 2.3.5. 基于语言学水平的语言障碍分类
 - 2.3.5.1. 语音障碍
 - 2.3.5.2. 语音障碍
 - 2.3.5.3. 混合性失调症

- 2.3.6. 根据所涉及的音素, 对口音障碍进行分类
 - 2.3.6.1. 霍特塔尔主义
 - 2.3.6.2. 改动的音素
- 2.3.7. 根据错误的数量及其持久性对失语进行分类
 - 2.3.7.1. 单纯性失调症
 - 2.3.7.2. 多重失调症
 - 2.3.7.3. 言语延迟
- 2.3.8. 根据错误的类型, 对失误进行分类
 - 2.3.8.1. 遗漏
 - 2.3.8.2. 成癮/插入
 - 2.3.8.3. 替换
 - 2.3.8.4. 投资
 - 2.3.8.5. 失真
 - 2.3.8.6. 同化
- 2.3.9. 根据时间性对失语症进行分类
 - 2.3.9.1. 永久性失语症
 - 2.3.9.2. 暂时性失语症
- 2.3.10. 最后的结论
- 2.4. 诊断和检测发育障碍的评估过程
 - 2.4.1. 介绍评估过程的结构
 - 2.4.2. 既往史
 - 2.4.2.1. 初步考虑
 - 2.4.2.2. 病历的内容
 - 2.4.2.3. 病历中应强调的方面
 - 2.4.3. 衔接
 - 2.4.3.1. 在自发的演讲中
 - 2.4.3.2. 在重复发言中
 - 2.4.3.3. 在定向演讲中
 - 2.4.4. 运动技能
 - 2.4.4.1. 主要内容
 - 2.4.4.2. 口腔运动技能
 - 2.4.4.3. 肌肉张力
 - 2.4.5. 听觉知觉和辨别
 - 2.4.5.1. 声音辨别
 - 2.4.5.2. 音素辨别
 - 2.4.5.3. 词语歧视
 - 2.4.6. 讲话样本
 - 2.4.6.1. 初步考虑
 - 2.4.6.2. 如何收集演讲样本
 - 2.4.6.3. 如何做演讲样本的记录
 - 2.4.7. 诊断失语症的标准化测试
 - 2.4.7.1. 什么是标准化的测试?
 - 2.4.7.2. 标准化测试的目的
 - 2.4.7.3. 分类
 - 2.4.8. 诊断失语症的非标准化测试
 - 2.4.8.1. 什么是非标准化的测试?
 - 2.4.8.2. 非标准化测试的目的
 - 2.4.8.3. 分类
 - 2.4.9. 差异化的诊断
 - 2.4.10. 最后的结论
- 2.5. 以用户为中心的语言治疗干预
 - 2.5.1. 单位简介
 - 2.5.2. 如何在干预期间设定目标
 - 2.5.2.1. 总体考虑
 - 2.5.2.2. 个别干预和集体干预, 哪个更有效?
 - 2.5.2.3. 言语治疗师对每种障碍的干预应考虑的具体目标
 - 2.5.3. 在言语困难干预期间应遵循的结构
 - 2.5.3.1. 初步考虑
 - 2.5.3.2. 言语困难干预的顺序是什么?
 - 2.5.3.3. 在多发性发音障碍中, 语言治疗师会从哪个音素开始, 为什么?
 - 2.5.4. 对有语言障碍的儿童进行直接干预
 - 2.5.4.1. 直接干预的概念
 - 2.5.4.2. 谁是这次干预的重点?
 - 2.5.4.3. 直接干预对患有语言障碍的儿童的重要性

- 2.5.5. 对有语言障碍的儿童进行间接干预
 - 2.5.5.1. 间接干预的概念
 - 2.5.5.2. 谁是这次干预的重点?
 - 2.5.5.3. 对有语言障碍的儿童进行间接干预的重要性
- 2.5.6. 康复期间游戏的重要性
 - 2.5.6.1. 初步考虑
 - 2.5.6.2. 如何在康复中使用游戏
 - 2.5.6.3. 为儿童改编游戏, 到底有没有必要?
- 2.5.7. 听觉辨别
 - 2.5.7.1. 初步考虑
 - 2.5.7.2. 听觉识别的概念
 - 2.5.7.3. 在干预过程中, 什么时候是包括听觉辨别的正确时间?
- 2.5.8. 制作时间轴
 - 2.5.8.1. 什么是时间表?
 - 2.5.8.2. 为什么要在阅读障碍儿童的语言治疗干预中使用时间表?
 - 2.5.8.3. 制定时间表的好处
- 2.5.9. 证明排放的要求
- 2.5.10. 最后的结论
- 2.6. 家庭作为失语儿童干预的一部分
 - 2.6.1. 单位简介
 - 2.6.2. 与家庭环境的沟通问题
 - 2.6.2.1. 阅读障碍儿童在家庭环境中遇到了哪些沟通困难?
 - 2.6.3. 家庭失调的后果是什么?
 - 2.6.3.1. 肢体障碍如何在家中影响孩子
 - 2.6.3.2. 肢体障碍如何影响孩子的家庭
 - 2.6.4. 家庭参与有障碍儿童的发展
 - 2.6.4.1. 家庭在儿童发展中的重要性
 - 2.6.4.2. 如何让家庭参与干预
 - 2.6.5. 对家庭环境的建议
 - 2.6.5.1. 如何与有阅读障碍的孩子沟通
 - 2.6.5.2. 有利于家庭关系的提示
 - 2.6.6. 让家庭参与干预的好处
 - 2.6.6.1. 家庭在普及方面的关键作用
 - 2.6.6.2. 帮助家庭实现普及化的提示
 - 2.6.7. 家庭是干预的中心
 - 2.6.7.1. 可以向家庭提供的支持
 - 2.6.7.2. 如何在干预期间促进这种支持?
 - 2.6.8. 对阅读障碍儿童的家庭支持
 - 2.6.8.1. 初步考虑
 - 2.6.8.2. 教导家庭如何强化阅读障碍儿童的能力
 - 2.6.9. 向家庭提供的资源
 - 2.6.10. 最后的结论
- 2.7. 学校环境是阅读障碍儿童干预的一部分
 - 2.7.1. 单位简介
 - 2.7.2. 在干预期间, 学校的参与
 - 2.7.2.1. 学校参与的重要性
 - 2.7.2.2. 学校对语言发展的影响
 - 2.7.3. 学校环境中语言障碍的影响
 - 2.7.3.1. 语言障碍如何影响课程?
 - 2.7.4. 学校支持
 - 2.7.4.1. 谁提供的?
 - 2.7.4.2. 它是如何进行的?
 - 2.7.5. 语言治疗师与学校专业人员的协调工作
 - 2.7.5.1. 与谁进行协调?
 - 2.7.5.2. 为实现这一协调而应遵循的准则
 - 2.7.6. 阅读障碍儿童在课堂上的后果
 - 2.7.6.1. 与同学们的交流
 - 2.7.6.2. 与教师的沟通
 - 2.7.6.3. 对儿童的心理影响
 - 2.7.7. 准则
 - 2.7.7.1. 学校的指导方针, 以改善对儿童的干预
 - 2.7.8. 学校是一个支持性的环境
 - 2.7.8.1. 初步考虑
 - 2.7.8.2. 课堂上的注意准则
 - 2.7.8.3. 改善课堂衔接的准则
 - 2.7.9. 学校可利用的资源
 - 2.7.10. 最后的结论

- 2.8. 颊腭裂赞词
 - 2.8.1. 单位简介
 - 2.8.2. 赞美之词
 - 2.8.2.1. 燎原的概念
 - 2.8.2.2. 实践的类型
 - 2.8.2.2.1. 意识型运动性痉挛
 - 2.8.2.2.2. 意识形态的赞美
 - 2.8.2.2.3. 话语失能症
 - 2.8.2.2.4. 视网膜结构紊乱
 - 2.8.2.3. 根据意图对话语失能症进行分类。(Junyent Fabregat, 1989)
 - 2.8.2.3.1. 过渡性意图
 - 2.8.2.3.2. 审美目的
 - 2.8.2.3.3. 具有象征性的特点
 - 2.8.3. 口腔练习的频率
 - 2.8.4. 哪些燎原法可用于语言障碍的治疗?
 - 2.8.4.1. 唇语赞美
 - 2.8.4.2. 舌尖上的赞美
 - 2.8.4.3. 软腭赞美
 - 2.8.4.4. 其他燎原现象
 - 2.8.5. 儿童必须具备的方面,以便能够进行赞美
 - 2.8.6. 为实现不同的面部赞美而开展的活动
 - 2.8.6.1. 唇腭裂的练习
 - 2.8.6.2. 舌尖上的练习
 - 2.8.6.3. 软腭燎原的锻炼方法
 - 2.8.6.4. 其他练习
 - 2.8.7. 目前对口碑的使用存在争议
 - 2.8.8. 赞成在干预阅读障碍儿童方面使用实践的理论
 - 2.8.8.1. 初步考虑
 - 2.8.8.2. 科学证据
 - 2.8.8.3. 比较研究
 - 2.8.9. 反对在阅读障碍儿童干预中使用实践的理论
 - 2.8.9.1. 初步考虑
 - 2.8.9.2. 科学证据
 - 2.8.9.3. 比较研究
 - 2.8.10. 最后的结论
- 2.9. 言语治疗干预失调的材料和资源。第一部分
 - 2.9.1. 单位简介
 - 2.9.2. 纠正所有位置的音素/p/的材料和资源
 - 2.9.2.1. 自制材料
 - 2.9.2.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.2.3. 技术资源
 - 2.9.3. 纠正所有位置的音素/s/的材料和资源
 - 2.9.3.1. 自制材料
 - 2.9.3.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.3.3. 技术资源
 - 2.9.4. 纠正所有位置的/r/音素的材料和资源
 - 2.9.4.1. 自制材料
 - 2.9.4.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.4.3. 技术资源
 - 2.9.5. 纠正所有位置的音素/l/的材料和资源
 - 2.9.5.1. 自制材料
 - 2.9.5.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.5.3. 技术资源
 - 2.9.6. 纠正所有位置的音素/m/的材料和资源
 - 2.9.6.1. 自制材料
 - 2.9.6.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.6.3. 技术资源
 - 2.9.7. 纠正所有位置的音素/ñ/的材料和资源
 - 2.9.7.1. 自制材料
 - 2.9.7.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.7.3. 技术资源

- 2.9.8. 纠正所有位置的音素/d/的材料和资源
 - 2.9.8.1. 自制材料
 - 2.9.8.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.8.3. 技术资源
- 2.9.9. 纠正所有位置的音素/z/的材料和资源
 - 2.9.9.1. 自制材料
 - 2.9.9.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.9.3. 技术资源
- 2.9.10. 纠正音素/k/在所有位置的材料和
 - 2.9.10.1. 自制材料
 - 2.9.10.2. 商业上可获得的材料
 - 2.9.10.3. 技术资源
- 2.10. 言语治疗干预失调的材料和资源。第二部分
 - 2.10.1. 纠正所有位置的音素/f/的材料和资源
 - 2.10.1.1. 自制材料
 - 2.10.1.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.1.3. 技术资源
 - 2.10.2. 纠正所有位置的音素/ŋ/的材料和资源
 - 2.10.2.1. 自制材料
 - 2.10.2.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.2.3. 技术资源
 - 2.10.3. 纠正所有位置的音素/g/的材料和资源
 - 2.10.3.1. 自制材料
 - 2.10.3.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.3.3. 技术资源
 - 2.10.4. 纠正所有位置的音素/l/的材料和资源
 - 2.10.4.1. 自制材料
 - 2.10.4.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.4.3. 技术资源
 - 2.10.5. 纠正所有位置的音素/b/的材料和资源
 - 2.10.5.1. 自制材料
 - 2.10.5.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.5.3. 技术资源
 - 2.10.6. 纠正所有位置的音素/t/的材料和资源
 - 2.10.6.1. 自制材料
 - 2.10.6.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.6.3. 技术资源
 - 2.10.7. 纠正所有位置的音素/ch/的材料和资源
 - 2.10.7.1. 自制材料
 - 2.10.7.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.7.3. 技术资源
 - 2.10.8. 纠正所有位置的/l/的材料和资源
 - 2.10.8.1. 自制材料
 - 2.10.8.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.8.3. 技术资源
 - 2.10.9. 纠正所有位置的/r/音节的材料和资源
 - 2.10.9.1. 自制材料
 - 2.10.9.2. 商业上可获得的材料
 - 2.10.9.3. 技术资源
 - 2.10.10. 最后的结论

模块3. 阅读障碍: 评估, 诊断和干预

- 3.1. 阅读和写作的基本基础知识
 - 3.1.1. 简介
 - 3.1.2. 大脑
 - 3.1.2.1. 大脑的解剖结构
 - 3.1.2.2. 大脑功能
 - 3.1.3. 大脑扫描方法
 - 3.1.3.1. 结构成像
 - 3.1.3.2. 功能成像
 - 3.1.3.3. 刺激成像
 - 3.1.4. 阅读和写作的神经生物学基础
 - 3.1.4.1. 感觉过程
 - 3.1.4.1.1. 视觉部分
 - 3.1.4.1.2. 听觉部分

- 3.1.4.2. 阅读过程
 - 3.1.4.2.1. 阅读解码
 - 3.1.4.2.2. 阅读理解
- 3.1.4.3. 写作过程
 - 3.1.4.3.1. 写作编码
 - 3.1.4.3.2. 句法结构
 - 3.1.4.3.3. 规划
 - 3.1.4.3.4. 写作的行为
- 3.1.5. 阅读和写作的心理语言学处理
 - 3.1.5.1. 感觉过程
 - 3.1.5.1.1. 视觉部分
 - 3.1.5.1.2. 听觉部分
 - 3.1.5.2. 阅读过程
 - 3.1.5.2.1. 阅读解码
 - 3.1.5.2.2. 阅读理解
 - 3.1.5.3. 写作过程
 - 3.1.5.3.1. 写作编码
 - 3.1.5.3.2. 句法结构
 - 3.1.5.3.3. 规划
 - 3.1.5.3.4. 写作的行为
- 3.1.6. 从神经科学的角度看阅读障碍的大脑
- 3.1.7. 侧面性和阅读
 - 3.1.7.1. 用手阅读
 - 3.1.7.2. 手工艺和语言
- 3.1.8. 融合外部世界和阅读
 - 3.1.8.1. 注意
 - 3.1.8.2. 记忆
 - 3.1.8.3. 情绪
- 3.1.9. 参与阅读的神经机制
 - 3.1.9.1. 神经递质
 - 3.1.9.2. 肢体系统
- 3.1.10. 结论和附件
- 3.2. 说话和组织阅读的时间和空间
 - 3.2.1. 简介
 - 3.2.2. 沟通
 - 3.2.2.1. 口头语言
 - 3.2.2.2. 书面语言
 - 3.2.3. 口头语言和书面语言的关系
 - 3.2.3.1. 句法方面
 - 3.2.3.2. 语义方面
 - 3.2.3.3. 语音方面
 - 3.2.4. 认识语言的形式和结构
 - 3.2.4.1. 语言, 演讲和写作
 - 3.2.5. 发展文字
 - 3.2.5.1. 口头语言
 - 3.2.5.2. 阅读的前语言学方面
 - 3.2.6. 认识书面语言的结构
 - 3.2.6.1. 认识这个词
 - 3.2.6.2. 认识到句子的顺序组织
 - 3.2.6.3. 认识书面语言的含义
 - 3.2.7. 构建时间
 - 3.2.7.1. 时间的组织
 - 3.2.8. 构筑空间
 - 3.2.8.1. 空间知觉和组织
 - 3.2.9. 阅读策略和他们的学习
 - 3.2.9.1. 逻辑学阶段和全球方法
 - 3.2.9.2. 字母表阶段
 - 3.2.9.3. 正字法阶段和学习写字
 - 3.2.9.4. 为了阅读而理解
 - 3.2.10. 结论和附件
- 3.3. 阅读障碍症
 - 3.3.1. 简介
 - 3.3.2. 阅读障碍一词的简史
 - 3.3.2.1. 年表
 - 3.3.2.2. 不同的术语含义

- 3.3.3. 概念性方法
 - 3.3.3.1. 阅读障碍症
 - 3.3.3.1.1. 世卫组织的定义
 - 3.3.3.1.2. DSM-IV定义
 - 3.3.3.1.3. DSM-V定义
 - 3.3.4. 其他相关概念
 - 3.3.4.1. 书写困难症的概念化
 - 3.3.4.2. 书写困难症的概念化
 - 3.3.5. 病因学
 - 3.3.5.1. 阅读障碍的解释理论
 - 3.3.5.1.1. 遗传理论
 - 3.3.5.1.2. 神经生物学理论
 - 3.3.5.1.3. 语言学理论
 - 3.3.5.1.4. 语音学理论
 - 3.3.5.1.5. 视觉理论
 - 3.3.6. 阅读障碍的类型
 - 3.3.6.1. 语音识别障碍
 - 3.3.6.2. 词汇阅读障碍
 - 3.3.6.3. 混合性阅读障碍
 - 3.3.7. 合并症和优势
 - 3.3.7.1. ADD或ADHD
 - 3.3.7.2. 计算困难症
 - 3.3.7.3. 书写困难症
 - 3.3.7.4. 视觉压力综合征
 - 3.3.7.5. 跨界主义
 - 3.3.7.6. 高能力
 - 3.3.7.7. 优势
 - 3.3.8. 有阅读障碍的人
 - 3.3.8.1. 患有阅读障碍的儿童
 - 3.3.8.2. 患有阅读障碍的青少年
 - 3.3.8.3. 患有阅读障碍的成年人
 - 3.3.9. 心理上的反响
 - 3.3.9.1. 不公正的感觉
 - 3.3.10. 结论和附件
- 3.4. 如何识别有阅读障碍的人
 - 3.4.1. 简介
 - 3.4.2. 警告标志
 - 3.4.2.1. 早期儿童教育的警告信号
 - 3.4.2.2. 小学里的警告信号
 - 3.4.3. 常见症状
 - 3.4.3.1. 一般症状学
 - 3.4.3.2. 各阶段的症状学
 - 3.4.3.2.1. 婴儿期阶段
 - 3.4.3.2.2. 学校阶段
 - 3.4.3.2.3. 青春期阶段
 - 3.4.3.2.4. 成人阶段
 - 3.4.4. 具体的症状表现
 - 3.4.4.1. 阅读功能障碍
 - 3.4.4.1.1. 视觉部分的功能紊乱
 - 3.4.4.1.2. 解码过程中的功能紊乱
 - 3.4.4.1.3. 理解过程中的功能紊乱
 - 3.4.4.2. 写作中的功能障碍
 - 3.4.4.2.1. 口头-书面语言关系中的功能障碍
 - 3.4.4.2.2. 语音部分的功能紊乱
 - 3.4.4.2.3. 编码过程中的功能紊乱
 - 3.4.4.2.4. 句法构建过程中的功能障碍
 - 3.4.4.2.5. 规划中的功能紊乱
 - 3.4.4.3. 运动过程
 - 3.4.4.3.1. 视知觉功能紊乱
 - 3.4.4.3.2. 视觉结构功能紊乱
 - 3.4.4.3.3. 视觉空间功能障碍
 - 3.4.4.3.4. 强直性功能紊乱
 - 3.4.5. 阅读障碍症简介
 - 3.4.5.1. 语音识别障碍简介
 - 3.4.5.2. 词汇性阅读障碍简介
 - 3.4.5.3. 混合型阅读障碍简介

- 3.4.6. 书写困难症简介
 - 3.4.6.1. 视知觉阅读障碍简介
 - 3.4.6.2. 视网膜结构性阅读障碍简介
 - 3.4.6.3. 视觉空间阅读障碍简介
 - 3.4.6.4. 强直性阅读障碍简介
- 3.4.7. 肌张力障碍图谱
 - 3.4.7.1. 语音障碍简介
 - 3.4.7.2. 正字法障碍简介
 - 3.4.7.3. 句法失调概况
 - 3.4.7.4. 认知性心律失常简介
- 3.4.8. 相关病理
 - 3.4.8.1. 次要病症
- 3.4.9. 阅读障碍与其他疾病的关系
 - 3.4.9.1. 鉴别诊断
- 3.4.10. 结论和附件
- 3.5. 评估和诊断
 - 3.5.1. 简介
 - 3.5.2. 对任务的评估
 - 3.5.2.1. 诊断性假说
 - 3.5.3. 评估处理水平
 - 3.5.3.1. 次词汇单元
 - 3.5.3.2. 词汇单位
 - 3.5.3.3. 上药单位
 - 3.5.4. 对阅读过程的评估
 - 3.5.4.1. 视觉组件
 - 3.5.4.2. 解码过程
 - 3.5.4.3. 理解过程
 - 3.5.5. 对写作过程的评估
 - 3.5.5.1. 听觉部分的神经生物学技能
 - 3.5.5.2. 编码过程
 - 3.5.5.3. 句法结构
 - 3.5.5.4. 规划
 - 3.5.5.5. 写作的行为
 - 3.5.6. 评估口头-书面语言的关系
 - 3.5.6.1. 词汇意识
 - 3.5.6.2. 代表性的书面语言
 - 3.5.7. 需要评估的其他方面
 - 3.5.7.1. 染色体评估
 - 3.5.7.2. 神经学评估
 - 3.5.7.3. 认知评估
 - 3.5.7.4. 运动评估
 - 3.5.7.5. 视觉评估
 - 3.5.7.6. 语言学评估
 - 3.5.7.7. 情感评估
 - 3.5.7.8. 学校评估
 - 3.5.8. 标准化测试和评估测试
 - 3.5.8.1. 故事
 - 3.5.8.2. Prolec
 - 3.5.8.3. DST-J阅读障碍症
 - 3.5.8.4. 其他测试
 - 3.5.9. 动态测试
 - 3.5.9.1. 内容
 - 3.5.9.2. 实验方法
 - 3.5.9.3. 结果摘要
 - 3.5.10. 结论和附件
- 3.6. 对阅读障碍的干预
 - 3.6.1. 干预的方面
 - 3.6.2. 根据诊断的情况确定目标
 - 3.6.2.1. 对收集的样品进行分析
 - 3.6.3. 确定目标的优先次序和顺序
 - 3.6.3.1. 神经生物学处理
 - 3.6.3.2. 心理语言学处理
 - 3.6.4. 目标与要做的工作内容是否充分
 - 3.6.4.1. 从具体目标到内容

- 3.6.5. 按干预领域提出的活动建议
 - 3.6.5.1. 基于视觉部分的建议
 - 3.6.5.2. 基于语音成分的建议
 - 3.6.5.3. 基于阅读实践的建议
- 3.6.6. 干预的方案和工具
 - 3.6.6.1. 奥顿-吉林汉姆法
 - 3.6.6.2. ACOS项目
- 3.6.7. 标准化的干预材料
 - 3.6.7.1. 印刷材料
 - 3.6.7.2. 其他材料
- 3.6.8. 场地的组织
 - 3.6.8.1. 侧面化
 - 3.6.8.2. 感觉模式
 - 3.6.8.3. 眼球运动
 - 3.6.8.4. 视觉感知能力
 - 3.6.8.5. 精细运动技能
- 3.6.9. 课堂上需要进行的调整
 - 3.6.9.1. 课程调整
- 3.6.10. 结论和附件
- 3.7. 从传统到创新。新方法
 - 3.7.1. 简介
 - 3.7.2. 传统教育
 - 3.7.2.1. 传统教育的简述
 - 3.7.3. 今天的教育
 - 3.7.3.1. 现在的教育
 - 3.7.4. 变化的过程
 - 3.7.4.1. 教育变革。从挑战到现实
 - 3.7.5. 教育方法
 - 3.7.5.1. 游戏化
 - 3.7.5.2. 基于项目的学习
 - 3.7.5.3. 其他
 - 3.7.6. 干预会议发展的变化
 - 3.7.6.1. 应用语言治疗干预的新变化
 - 3.7.7. 创新活动的建议
 - 3.7.7.1. "我的记录本"
 - 3.7.7.2. 每个学习者的优势
 - 3.7.8. 拟订材料
 - 3.7.8.1. 一般提示和准则
 - 3.7.8.2. 材料的改编
 - 3.7.8.3. 创造我们自己的干预材料
 - 3.7.9. 当前干预工具的使用
 - 3.7.9.1. 安卓和iOS操作系统的应用
 - 3.7.9.2. 计算机的使用
 - 3.7.9.3. 数字白板
 - 3.7.10. 结论和附件
- 3.8. 阅读障碍者的策略和个人发展
 - 3.8.1. 简介
 - 3.8.2. 学习策略
 - 3.8.2.1. 研究技术
 - 3.8.3. 组织和生产力
 - 3.8.3.1. 庞多罗技巧
 - 3.8.4. 应对考试的技巧
 - 3.8.5. 语言学习策略
 - 3.8.5.1. 第一语言同化
 - 3.8.5.2. 语音和形态意识
 - 3.8.5.3. 视觉记忆
 - 3.8.5.4. 理解力和词汇量
 - 3.8.5.5. 语言浸入式
 - 3.8.5.6. 信息和通信技术的使用
 - 3.8.5.7. 形式化的方法论
 - 3.8.6. 优势发展
 - 3.8.6.1. 超越阅读障碍者

- 3.8.7. 改善自我概念和自尊心
 - 3.8.7.1. 社会技能
- 3.8.8. 揭开神话的面纱
 - 3.8.8.1. 患有阅读障碍的学生。我并不懒惰
 - 3.8.8.2. 其他神话
- 3.8.9. 有阅读障碍的名人
 - 3.8.9.1. 著名的阅读障碍者
 - 3.8.9.2. 真实的证言
- 3.8.10. 结论和附件
- 3.9. 准则
 - 3.9.1. 简介
 - 3.9.2. 针对阅读障碍者的准则
 - 3.9.2.1. 应对诊断
 - 3.9.2.2. 日常生活准则
 - 3.9.2.3. 作为学习者的诵读困难症患者的准则
 - 3.9.3. 家庭环境的准则
 - 3.9.3.1. 帮助干预的准则
 - 3.9.3.2. 一般准则
 - 3.9.4. 教育环境的准则
 - 3.9.4.1. 改编作品
 - 3.9.4.2. 为促进内容的获取而采取的措施
 - 3.9.4.3. 通过考试应遵循的准则
 - 3.9.5. 外语教师的具体准则
 - 3.9.5.1. 语言学习的挑战
 - 3.9.6. 其他专业人员的准则
 - 3.9.7. 书面文本的形式准则
 - 3.9.7.1. 排版学
 - 3.9.7.2. 字体大小
 - 3.9.7.3. 颜色
 - 3.9.7.4. 字符, 行距和段距
 - 3.9.8. 文本内容的准则
 - 3.9.8.1. 词频和长度
 - 3.9.8.2. 句法简化
 - 3.9.8.3. 数值表达
 - 3.9.8.4. 图形化方案的使用
 - 3.9.9. 写作技术
 - 3.9.10. 结论和附件
- 3.10. 阅读障碍的语言治疗报告
 - 3.10.1. 简介
 - 3.10.2. 评估的原因
 - 3.10.2.1. 转介或家庭要求
 - 3.10.3. 采访
 - 3.10.3.1. 家庭访谈
 - 3.10.3.2. 学校面试
 - 3.10.4. 这个故事
 - 3.10.4.1. 病史和发育史
 - 3.10.4.2. 学术史
 - 3.10.5. 背景
 - 3.10.5.1. 社会背景
 - 3.10.5.2. 家庭背景
 - 3.10.6. 评估
 - 3.10.6.1. 心理教育学评估
 - 3.10.6.2. 言语治疗评估
 - 3.10.6.3. 其他评估
 - 3.10.7. 结果
 - 3.10.7.1. 言语治疗评估的结果
 - 3.10.7.2. 其他评估的结果
 - 3.10.8. 结论
 - 3.10.8.1. 诊断
 - 3.10.9. 干预计划
 - 3.10.9.1. 需求
 - 3.10.9.2. 言语治疗干预方案
 - 3.10.10. 结论和附件

模块4.特定语言障碍

4.1. 初步资料

- 4.1.1. 该模块的介绍
- 4.1.2. 模块目标
- 4.1.3. SLI的历史发展
- 4.1.4. 迟来的语言发病与SLD
- 4.1.5. SLI和语音延迟之间的区别
- 4.1.6. ASD和SLD之间的区别
- 4.1.7. 特异性语言障碍 VS.失语症
- 4.1.8. SLD是识字障碍的前身
- 4.1.9. 智力与特殊语言障碍
- 4.1.10. 预防特定语言障碍的发生

4.2. 治疗特定语言障碍的方法

- 4.2.1. SLI的定义
- 4.2.2. SLI的一般特征
- 4.2.3. SLD的流行率
- 4.2.4. SLI的预后
- 4.2.5. SLI的病因
- 4.2.6. 基于临床的TEL分类
- 4.2.7. 基于经验的TEL分类
- 4.2.8. 基于经验-临床的SLI分类
- 4.2.9. TEL的合并症
- 4.2.10. SLI, 不仅是语言获取和发展方面的一个困难

4.3. 特殊语言障碍的语言学特征

- 4.3.1. 语言技能的概念
- 4.3.2. 一般的语言学特征
- 4.3.3. 对不同语言的SLI的语言学研究
- 4.3.4. SLI患者的语言技能普遍受损
- 4.3.5. TEL中的语法特征
- 4.3.6. 叙事特征在TEL中的应用
- 4.3.7. 电信业的实用性特点
- 4.3.8. TEL中的语音和语义特征
- 4.3.9. 词汇特征在TEL中的应用
- 4.3.10. SLI中保留的语言技能

4.4. 术语变化

- 4.4.1. SLI术语的变化
- 4.4.2. 根据DSM的分类
- 4.4.3. DSM的变化
- 4.4.4. 与DSM分类变化的后果
- 4.4.5. 新命名法:语言障碍
- 4.4.6. 语言障碍的特点
- 4.4.7. SLD和SLD的主要区别和共同点
- 4.4.8. SLD的执行功能受损
- 4.4.9. SLD中保留的执行功能
- 4.4.10. 术语变更的反对者

4.5. 特殊语言障碍的评估

- 4.5.1. 语音语言评估:背景资料
- 4.5.2. SLD的早期识别:语言学前的预测因素
- 4.5.3. 在对SLD进行言语语言评估时应考虑的一般因素
- 4.5.4. SLI案例的评估原则
- 4.5.5. 在SLI中进行语言评估的重要性和目的
- 4.5.6. SLI的评估过程
- 4.5.7. 评估SLI的语言, 交际能力和执行功能
- 4.5.8. 电信业的评估工具
- 4.5.9. 跨学科评估
- 4.5.10. TEL的诊断

4.6. 特殊语言障碍的干预措施

- 4.6.1. 言语治疗干预
- 4.6.2. 言语治疗干预的基本原则
- 4.6.3. 在SLI中进行干预的设置和代理
- 4.6.4. 分层干预模式
- 4.6.5. 对SLI的早期干预
- 4.6.6. 对SLI进行干预的重要性
- 4.6.7. 音乐疗法在SLI干预中的应用
- 4.6.8. 技术资源在TEL干预中的应用
- 4.6.9. 对SLI的执行功能进行干预
- 10.6.4. 对SLI的多学科干预

- 4.7. 为患有SLI的儿童制定语言治疗干预方案
 - 4.7.1. 言语治疗干预方案
 - 4.7.2. 用于设计干预方案的SLI方法
 - 4.7.3. 脊髓灰质炎干预方案的目标和策略
 - 4.7.4. 干预患有SLI的儿童时应遵循的指征
 - 4.7.5. 理解力的处理
 - 4.7.6. SLI病例中的表达治疗
 - 4.7.7. 识字干预
 - 4.7.8. SLI中的社会技能训练
 - 4.7.9. 在TEL案例中干预的代理人和时间化
 - 4.7.10. 在干预SLI案件中的SAACs
- 4.8. 在特定语言障碍的情况下, 学校
 - 4.8.1. 儿童发展中的学校
 - 4.8.2. 患有SLI的儿童的学校后果
 - 4.8.3. 患有SLI的儿童的学校教育
 - 4.8.4. 在学校干预中要考虑到方面
 - 4.8.5. 学校对SLI案例进行干预的目标
 - 4.8.6. 对有SLI的儿童进行课堂干预的准则和策略
 - 4.8.7. 学校中社会关系的发展和干预
 - 4.8.8. 动态操场方案
 - 4.8.9. 学校以及与其他干预机构的关系
 - 4.8.10. 观察和监测学校的干预情况
- 4.9. 家庭及其对SLI儿童案例的干预
 - 4.9.1. SLI在家庭环境中的后果
 - 4.9.2. 家庭干预的模式
 - 4.9.3. 需要考虑的一般因素
 - 4.9.4. 家庭干预对SLI的重要性
 - 4.9.5. 家庭取向
 - 4.9.6. 家庭的沟通策略
 - 4.9.7. 患有SLI的儿童家庭的需求
 - 4.9.8. 家庭干预中的语言治疗师
 - 4.9.9. 家庭语言治疗干预SLI的目标
 - 4.9.10. 对SLI的家庭干预的监测和时机

- 4.10. 患有SLI儿童的家庭和学校的协会和支持指南
 - 4.10.1. 家长协会
 - 4.10.2. 信息指南
 - 4.10.3. 其他协会
 - 4.10.4. 针对教育领域的TEL指南
 - 4.10.5. 针对家庭环境的电视指南和手册

模块5. 了解自闭症

- 5.1. 其定义中的时间性发展
 - 5.1.1. ASD的理论方法
 - 5.1.1.1. 第一个定义
 - 5.1.1.2. 历史上的演变
 - 5.1.2. 目前自闭症谱系障碍的分类
 - 5.1.2.1. 根据DSM-IV的分类
 - 5.1.2.2. DSM-V定义
 - 5.1.3. 属于ASD的疾病表
 - 5.1.3.1. 自闭症谱系障碍
 - 5.1.3.2. 阿斯伯格症
 - 5.1.3.3. 雷特氏症
 - 5.1.3.4. 儿童解体症
 - 5.1.3.5. 普及性发育障碍
 - 5.1.4. 与其他病症共存
 - 5.1.4.1. ASD和ADHD (注意缺陷和/或多动症)
 - 5.1.4.2. ASD和HF (高功能)
 - 5.1.4.3. 其他相关百分比比较低的病症
 - 5.1.5. 自闭症谱系障碍的鉴别诊断
 - 5.1.5.1. 非言语学习障碍
 - 5.1.5.2. NPDD (破坏性障碍未定型)
 - 5.1.5.3. 精神分裂型人格障碍
 - 5.1.5.4. 情感和焦虑症
 - 5.1.5.5. 图雷特氏症
 - 5.1.5.6. 特定疾病的代表表

- 5.1.6. 心智理论
 - 5.1.6.1. 感官
 - 5.1.6.2. 观点
 - 5.1.6.3. 虚假的信仰
 - 5.1.6.4. 复杂的情绪状态
- 5.1.7. 弱中心一致性理论
 - 5.1.7.1. 患有ASD的儿童倾向于将注意力集中在与整体有关的细节上
 - 5.1.7.2. 第一种理论方法 (Frith, 1989)
 - 5.1.7.3. 当前的中心一致性理论 (2006)
- 5.1.8. 执行功能紊乱理论
 - 5.1.8.1. 我们知道什么是 "执行功能"?
 - 5.1.8.2. 规划
 - 5.1.8.3. 认知的灵活性
 - 5.1.8.4. 反应抑制
 - 5.1.8.5. 心理学技能
 - 5.1.8.6. 活动的感觉
- 5.1.9. 系统化理论
 - 5.1.9.1. Baron-Cohen, S提出的解释理论
 - 5.1.9.2. 大脑类型
 - 5.1.9.3. 同理心商数 (EC)
 - 5.1.9.4. 系统化商数 (SQ)
 - 5.1.9.5. 自闭症谱系商数 (ASQ)
- 10.1.5. 自闭症和遗传学
 - 5.1.10.1. 可能导致该病症的原因
 - 5.1.10.2. 染色体疾病和基因改变
 - 5.1.10.3. 对沟通的影响
- 5.2. 探测
 - 5.2.1. 早期检测的主要指标
 - 5.2.1.1. 警告标志
 - 5.2.1.2. 警告标志
 - 5.2.2. 自闭症谱系障碍的交流领域
 - 5.2.2.1. 需要考虑的方面
 - 5.2.2.2. 警告标志
- 5.2.3. 感知运动区
 - 5.2.3.1. 感官处理
 - 5.2.3.2. 感觉统合的功能失调
- 5.2.4. 社会发展
 - 5.2.4.1. 在社会互动方面持续存在困难
 - 5.2.4.2. 限制性的行为模式
- 5.2.5. 评估过程
 - 5.2.5.1. 发展量表
 - 5.2.5.2. 对父母的测试和问卷调查
 - 5.2.5.3. 由从业者评估的标准化测试
- 5.2.6. 数据收集
 - 5.2.6.1. 用于筛选的仪器
 - 5.2.6.2. 案例研究。M-CHAT
 - 5.2.6.3. 标准化的测试和测验
- 5.2.7. 会期观察
 - 5.2.7.1. 要考虑到会期方面
- 5.2.8. 最终诊断
 - 5.2.8.1. 应遵循的程序
 - 5.2.8.2. 治疗计划建议
- 5.2.9. 干预过程的准备
 - 5.2.9.1. 早期护理中对ASD的干预策略
- 5.2.10. 检测阿斯伯格综合症的量表
 - 5.2.10.1. 用于检测阿斯伯格综合症和高功能自闭症 (HF) 的独立量表
- 5.3. 确定具体困难
 - 5.3.1. 遵循的协议
 - 5.3.1.1. 需要考虑的因素
 - 5.3.2. 基于年龄和发展水平的需求评估
 - 5.3.2.1. 至3岁的筛查方案
 - 5.3.2.2. M-CHAT-R.调查问卷 (16-30个月)
 - 5.3.2.3. 后续访谈 M-CHAT-R/F

- 5.3.3. 干预的领域
 - 5.3.3.1. 评价心理教育干预的效果
 - 5.3.3.2. 临床实践指南建议
 - 5.3.3.3. 主要的干预领域
- 5.3.4. 认知领域
 - 5.3.4.1. 心智力量表
 - 5.3.4.2. 它是什么?我们如何在ASD中应用这个量表?
- 5.3.5. 通信领域
 - 5.3.5.1. ASD的沟通技巧
 - 5.3.5.2. 根据发展水平确定需求
 - 5.3.5.3. ASD和正常型发展的比较图
- 5.3.6. 喂养紊乱
 - 5.3.6.1. 不耐受性图表
 - 5.3.6.2. 纹理厌恶
 - 5.3.6.3. ASD的饮食失调
- 5.3.7. 社会领域
 - 5.3.7.1. SCERTS (社会沟通, 情绪调节和交易支持)
- 5.3.8. 个人自主权
 - 5.3.8.1. 日常生活治疗
- 5.3.9. 能力评估
 - 5.3.9.1. 优势
 - 5.3.9.2. 基于强化的干预
- 5.3.10. 具体的干预方案
 - 5.3.10.1. 案例研究和其结果
 - 5.3.10.2. 临床讨论
- 5.4. 自闭症谱系障碍的沟通和语言
 - 5.4.1. 规范化语言发展的阶段
 - 5.4.1.1. ASD患者和非ASD患者的语言发展比较表
 - 5.4.1.2. 自闭症儿童的特殊语言发展
 - 5.4.2. ASD的沟通障碍
 - 5.4.2.1. 在发展的早期阶段需要考虑的方面
 - 5.4.2.2. 在这些早期阶段需要考虑的因素的说明表
- 5.4.3. 自闭症和语言病理学
 - 5.4.3.1. ASD和发音障碍
- 5.4.4. 预防性教育
 - 5.4.4.1. 产前婴儿发育介绍
- 5.4.5. 从0到3岁
 - 5.4.5.1. 发展量表
 - 5.4.5.2. 实施和监测个体化干预计划 (IIP)
- 5.4.6. 手段-方法学CAT
 - 5.4.6.1. 幼儿学校(EI)
- 5.4.7. 从3岁到6岁
 - 5.4.7.1. 在正规中心上学
 - 5.4.7.2. 协调专业人员与儿科医生和神经儿科医生的跟进
 - 5.4.7.3. 在这个年龄段要培养的沟通能力
 - 5.4.7.4. 需要考虑的方面
- 5.4.8. 学龄儿童
 - 5.4.8.1. 需要考虑的主要方面
 - 5.4.8.2. 与教学团队公开交流
 - 5.4.8.3. 学校教育的类型
- 5.4.9. 教育环境
 - 5.4.9.1. 欺凌行为
 - 5.4.9.2. 情感影响
- 5.4.10. 警告标志
 - 5.4.10.1. 行动指南
 - 5.4.10.2. 解决冲突
- 5.5. 通信系统
 - 5.5.1. 可用的工具
 - 5.5.1.1. 自闭症儿童的ICT工具
 - 5.5.1.2. SAAC (辅助性和/或替代性交流系统)
 - 5.5.2. 沟通中的干预模式
 - 5.5.2.1. 促进沟通(FC)
 - 5.5.2.2. 言语行为法 (VB)

- 5.5.3. 替代性和/或辅助性交流系统
 - 5.5.3.1. PEC's (图片交换通信系统)
 - 5.5.3.2. 本森-谢弗全签名语音系统 (Benson Schaeffer)
 - 5.5.3.3. 手语
 - 5.5.3.4. 双模式系统
- 5.5.4. 替代疗法
 - 5.5.4.1. 资料的抽屉
 - 5.5.4.2. 替代药物
 - 5.5.4.3. 心理治疗
- 5.5.5. 系统的选择
 - 5.5.5.1. 需要考虑的因素
 - 5.5.5.2. 做决定
- 5.5.6. 将要制定的目标和优先事项的规模
 - 5.5.6.1. 根据学习者的现有资源, 评估最适合他或她能力的系统
- 5.5.7. 确定适当的系统
 - 5.5.7.1. 我们考虑到病人的优势, 实施最合适的沟通系统或疗法
- 5.5.8. 实施
 - 5.5.8.1. 会议的规划和结构安排
 - 5.5.8.2. 期限和时间
 - 5.5.8.3. 估计的短期演变和目标
- 5.5.9. 后续治疗
 - 5.5.9.1. 纵向评价
 - 5.5.9.2. 随着时间的推移进行重新评估
- 5.5.10. 随时间变化的适应性
 - 5.5.10.1. 基于需求的目标重构
 - 5.5.10.2. 根据获得的结果调整干预措施
- 5.6. 拟订干预方案
 - 5.6.1. 确定需求和选择目标
 - 5.6.1.1. 早期干预中的干预策略
 - 5.6.1.2. 丹佛模式
 - 5.6.2. 基于发展水平的目标分析
 - 5.6.2.1. 加强交流和语言领域的干预方案
 - 5.6.3. 前言语交际行为的发展
 - 5.6.3.1. 应用行为分析
 - 5.6.4. 婴儿自闭症的理论和方案的文献回顾
 - 5.6.4.1. 对患有ASD的儿童群体进行科学研究
 - 5.6.4.2. 基于拟议方案的最终结果和结论
 - 5.6.5. 学龄儿童
 - 5.6.5.1. 教育包容
 - 5.6.5.2. 全球阅读作为课堂整合的促进者
 - 5.6.6. 成年期
 - 5.6.6.1. 如何在成年后进行干预/支持
 - 5.6.6.2. 具体方案的制定
 - 5.6.7. 行为干预
 - 5.6.7.1. 应用行为分析 (ABA)
 - 5.6.7.2. 单独的审判培训
 - 5.6.8. 综合干预
 - 5.6.8.1. TEACCH模式
 - 5.6.9. 对ASD I级的大学整合支持
 - 5.6.9.1. 支持高等教育学生的良好做法
 - 5.6.10. 积极的行为强化
 - 5.6.10.1. 方案结构
 - 5.6.10.2. 实施该方法应遵循的准则
- 5.7. 教育材料和资源
 - 5.7.1. 作为语言治疗师, 我们能做什么?
 - 5.7.1.1. 实践者在材料的开发和不断调整中发挥积极作用
 - 5.7.2. 资源和改编材料清单
 - 5.7.2.1. 我应该考虑到什么?
 - 5.7.2.2. 集思广益
 - 5.7.3. 方法
 - 5.7.3.1. 最常用的方法的理论方法
 - 5.7.3.2. 功能性. 与提出的方法的比较表
 - 5.7.4. TEACHH项目
 - 5.7.4.1. 基于这种方法的教育原则
 - 5.7.4.2. 自闭症的特征作为结构化教学的基础
 - 5.7.5. INMER项目
 - 5.7.5.1. 方案的基本基础. 主要功能
 - 5.7.5.2. 针对自闭症患者的虚拟现实沉浸式系统

- 5.7.6. 以ICT为媒介的学习
 - 5.7.6.1. 软件教授情感
 - 5.7.6.2. 有利于语言发展的应用
- 5.7.7. 拟订材料
 - 5.7.7.1. 使用的来源
 - 5.7.7.2. 图片库
 - 5.7.7.3. 象形图库
 - 5.7.7.4. 推荐的材料
- 5.7.8. 支持学习的免费资源
 - 5.7.8.1. 带有强化学习的方案的强化页列表
- 5.7.9. SPC
 - 5.7.9.1. 进入象形文字的交流系统
 - 5.7.9.2. 方法
 - 5.7.9.3. 主要功能
- 5.7.10. 实施
 - 5.7.10.1. 选择正确的方案
 - 5.7.10.2. 优点和缺点清单
- 5.8. 为患有自闭症谱系障碍的学生调整环境
 - 5.8.1. 需要考虑的一般预防措施
 - 5.8.1.1. 日常工作中的潜在困难
 - 5.8.2. 实施视觉教具
 - 5.8.2.1. 家里有适应的准则
 - 5.8.3. 教室的调整
 - 5.8.3.1. 包容性教学
 - 5.8.4. 自然环境
 - 5.8.4.1. 教育对策的一般准则
 - 5.8.5. 对自闭症谱系障碍和其他严重人格障碍的干预措施
 - 5.8.6. 学校的课程调整
 - 5.8.6.1. 异质性的分组
 - 5.8.7. 适应个人的课程需求
 - 5.8.7.1. 个人课程调整
 - 5.8.7.2. 限制条件
 - 5.8.8. 课堂上的课程调整
 - 5.8.8.1. 合作教学
 - 5.8.8.2. 合作学习
 - 5.8.9. 针对不同需求的教育对策
 - 5.8.9.1. 有效教学要考虑的工具
 - 5.8.10. 与社会和文化环境的关系
 - 5.8.10.1. 习惯-自主
 - 5.8.10.2. 沟通和社会化
- 5.9. 学校背景
 - 5.9.1. 教室的调整
 - 5.9.1.1. 需要考虑的因素
 - 5.9.1.2. 课程调整
 - 5.9.2. 学校包容
 - 5.9.2.1. 我们都加起来了
 - 5.9.2.2. 作为言语治疗师,我们如何能够提供帮助
 - 5.9.3. 患有ASD的学生的特点
 - 5.9.3.1. 受限制的利益
 - 5.9.3.2. 对环境及其条件因素的敏感度
 - 5.9.4. 阿斯伯格症学生的特点
 - 5.9.4.1. 潜力
 - 5.9.4.2. 在情感层面上的困难和反响
 - 5.9.4.3. 与同辈人的关系
 - 5.9.5. 将学生安置在教室里
 - 5.9.5.1. 学生的正确表现需要考虑的因素
 - 5.9.6. 要考虑到的材料和支持
 - 5.9.6.1. 外部支持
 - 5.9.6.2. 教师是课堂上的一个强化元素
 - 5.9.7. 对任务完成时间的评估
 - 5.9.7.1. 预测器或定时器等工具的应用
 - 5.9.8. 抑制时间
 - 5.9.8.1. 通过视觉支持减少不适当的行为
 - 5.9.8.2. 可视化的时间表
 - 5.9.8.3. 休息时间

- 5.9.9. 打嗝和超敏反应
 - 5.9.9.1. 噪声环境
 - 5.9.9.2. 产生压力的情况
- 5.9.10. 预测冲突情况
 - 5.9.10.1. 回到学校。抵达和离开的时间
 - 5.9.10.2. 食堂
 - 5.9.10.3. 假期
- 5.10. 与家庭一起考虑的问题
 - 5.10.1. 调节父母压力和焦虑的因素
 - 5.10.1.1. 家庭适应的过程是如何发生的?
 - 5.10.1.2. 共同关注的问题
 - 5.10.1.3. 管理焦虑症
 - 5.10.2. 给家长的疑似诊断信息
 - 5.10.2.1. 公开交流
 - 5.10.2.2. 压力管理指南
 - 5.10.3. 给家长的评估记录
 - 5.10.3.1. 儿童早期护理中疑似ASD的管理策略
 - 5.10.3.2. PEDs。关于父母的发展问题的问题
 - 5.10.3.3. 评估情况并与家长建立信任
 - 5.10.4. 多媒体资源
 - 5.10.4.1. 免费提供的资源表
 - 5.10.5. 自闭症患者的家庭协会
 - 5.10.5.1. 认可的和积极的协会名单
 - 5.10.6. 恢复治疗和适当的演变
 - 5.10.6.1. 信息交流需要考虑的方面
 - 5.10.6.2. 建立同理心
 - 5.10.6.3. 在治疗师-家庭-病人之间建立一个信任圈
 - 5.10.7. 向不同的卫生保健专业人员反馈诊断和随访情况
 - 5.10.7.1. 言语治疗师在积极和动态的作用
 - 5.10.7.2. 与不同卫生领域的联系
 - 5.10.7.3. 保持共同路线的重要性
 - 5.10.8. 家长们;如何对孩子进行干预?
 - 5.10.8.1. 建议和指南
 - 5.10.8.2. 家庭休养

- 5.10.9. 在家庭环境中产生积极的经验
 - 5.10.9.1. 在家庭环境中加强愉快体验的实用技巧
 - 5.10.9.2. 对产生积极经验的活动的建议
- 5.10.10. 感兴趣的网站
 - 5.10.10.1. 感兴趣的链接

模块6.遗传性综合症

- 6.1. 遗传性综合症简介
 - 6.1.1. 单位简介
 - 6.1.2. 遗传学
 - 6.1.2.1. 遗传学的概念
 - 6.1.2.2. 基因和染色体
 - 6.1.3. 遗传学的演变
 - 6.1.3.1. 遗传学的基础
 - 6.1.3.2. 遗传学的先驱者
 - 6.1.4. 遗传学的基本概念
 - 6.1.4.1. 基因型和表现型
 - 6.1.4.2. 基因组
 - 6.1.4.3. DNA
 - 6.1.4.4. RNA
 - 6.1.4.5. 遗传密码
 - 6.1.5. 孟德尔定律
 - 6.1.5.1. 孟德尔第一定律
 - 6.1.5.2. 孟德尔第二定律
 - 6.1.5.3. 第3条孟德尔定律
 - 6.1.6. 突变
 - 6.1.6.1. 什么是突变?
 - 6.1.6.2. 突变的程度
 - 6.1.6.3. 突变的类型
 - 6.1.7. 综合症的概念
 - 6.1.8. 分类
 - 6.1.9. 最常见的症候群
 - 6.1.10. 最后的结论

6.2. 唐氏综合症

6.2.1. 单位简介

6.2.1.1. 唐氏综合征的历史

6.2.2. 唐氏综合症的概念

6.2.2.1. 什么是唐氏综合症？

6.2.2.2. 唐氏综合症的遗传学

6.2.2.3. 唐氏综合症的染色体改变

6.2.2.3.1. 三体综合征

6.2.2.3.2. 染色体易位

6.2.2.4.3. 嵌套或嵌套三体症

6.2.2.4. 唐氏综合征的预后

6.2.3. 病因学

6.2.3.1. 唐氏综合症的起源

6.2.4. 普遍性

6.2.4.1. 唐氏综合症在其他国家的发病率

6.2.5. 唐氏综合症的特征

6.2.5.1. 物理特征

6.2.5.2. 言语和语言发展特点

6.2.5.3. 运动发展的特点

6.2.6. 唐氏综合症的合并症

6.2.6.1. 什么是合并症？

6.2.6.2. 唐氏综合症的并发症

6.2.6.3. 相关的疾病

6.2.7. 唐氏综合症的诊断和评估

6.2.7.1. 唐氏综合症的诊断

6.2.7.1.1. 发生的地点

6.2.7.1.2. 谁来执行

6.2.7.1.3. 什么时候可以进行

6.2.7.2. 唐氏综合症的语言评估

6.2.7.2.1. 既往史

6.2.7.2.2. 需要考虑的领域

6.2.8. 基于言语的干预

6.2.8.1. 需要考虑的方面

6.2.8.2. 干预的目标设定

6.2.8.3. 用于康复的材料

6.2.8.4. 使用的资源

6.2.9. 准则

6.2.9.1. 唐氏综合症患者需要考虑的准则

6.2.9.2. 供家庭考虑的准则

6.2.9.3. 教育环境的准则

6.2.9.4. 资源和协会

10.2.6. 跨学科团队

6.2.10.1. 跨学科团队的重要性

6.2.10.2. 言语治疗

6.2.10.3. 职业治疗

6.2.10.4. 物理治疗

6.2.10.5. 心理学

6.3. 猎人综合症

6.3.1. 单位简介

6.3.1.1. 亨特综合征的历史

6.3.2. 亨特综合症的概念

6.3.2.1. 什么是亨特综合征？

6.3.2.2. 亨特综合症的遗传学

6.3.2.3. 亨特综合征的预后

6.3.3. 病因学

6.3.3.1. 亨特综合征的起源

6.3.4. 普遍性

6.3.4.1. 其他国家的亨特综合症

6.3.5. 主要影响

6.3.5.1. 物理特征

6.3.5.2. 言语和语言发展特点

6.3.5.3. 运动发展的特点

- 6.3.6. 亨特综合征的并发症
 - 6.3.6.1. 什么是合并症？
 - 6.3.6.2. 亨特综合征的并发症
 - 6.3.6.3. 相关的疾病
- 6.3.7. 亨特综合征的诊断和评估
 - 6.3.7.1. 亨特综合征的诊断
 - 6.3.7.1.1. 发生的地点
 - 6.3.7.1.2. 谁来执行
 - 6.3.7.1.3. 什么时候可以进行
 - 6.3.7.2. 亨特综合征的语言治疗评估
 - 6.3.7.2.1. 既往史
 - 6.3.7.2.2. 需要考虑的领域
- 6.3.8. 基于言语的干预
 - 6.3.8.1. 需要考虑的方面
 - 6.3.8.2. 干预的目标设定
 - 6.3.8.3. 用于康复的材料
 - 6.3.8.4. 使用的资源
- 6.3.9. 准则
 - 6.3.9.1. 亨特综合征患者需要考虑的准则
 - 6.3.9.2. 供家庭考虑的准则
 - 6.3.9.3. 教育环境的准则
 - 6.3.9.4. 资源和协会
- 6.3.10. 跨学科团队
 - 6.3.10.1. 跨学科团队的重要性
 - 6.3.10.2. 言语治疗
 - 6.3.10.3. 职业治疗
 - 6.3.10.4. 物理治疗
 - 6.3.10.5. 心理学
- 6.4. 脆性X综合征
 - 6.4.1. 单位简介
 - 6.4.1.1. 脆性X综合征的历史
 - 6.4.2. 脆性X综合征的概念
 - 6.4.2.1. 什么是脆性X综合征？
 - 6.4.2.2. 脆性X综合征的遗传学
 - 6.4.2.3. 脆性X综合征的预后
 - 6.4.3. 病因学
 - 6.4.3.1. 脆性X综合征的起源
 - 6.4.4. 普遍性
 - 6.4.4.1. 其他国家的脆性X综合征
 - 6.4.5. 主要影响
 - 6.4.5.1. 物理特征
 - 6.4.5.2. 言语和语言发展特点
 - 6.4.5.3. 智力和学习的发展特点
 - 6.4.5.4. 社会、情感和行为的特点
 - 6.4.5.5. 感官特征
 - 6.4.6. 脆性X综合征的并发症
 - 6.4.6.1. 什么是合并症？
 - 6.4.6.2. 脆性X综合征的并发症
 - 6.4.6.3. 相关的疾病
 - 6.4.7. 脆性X综合征的诊断和评估
 - 6.4.7.1. 脆性X综合征的诊断
 - 6.4.7.1.1. 发生的地点
 - 6.4.7.1.2. 谁来执行
 - 6.4.7.1.3. 什么时候可以进行
 - 6.4.7.2. 脆性X综合征的骨科评估
 - 6.4.7.2.1. 既往史
 - 6.4.7.2.2. 需要考虑的领域
 - 6.4.8. 基于言语的干预
 - 6.4.8.1. 需要考虑的方面
 - 6.4.8.2. 干预的目标设定
 - 6.4.8.3. 用于康复的材料
 - 6.4.8.4. 使用的资源

- 6.4.9. 准则
 - 6.4.9.1. 脆性X综合征患者应考虑的原则
 - 6.4.9.2. 供家庭考虑的原则
 - 6.4.9.3. 教育环境的原则
 - 6.4.9.4. 资源和协会
- 6.4.10. 跨学科团队
 - 6.4.10.1. 跨学科团队的重要性
 - 6.4.10.2. 言语治疗
 - 6.4.10.3. 职业治疗
 - 6.4.10.4. 物理治疗
- 6.5. 雷特综合征
 - 6.5.1. 单位简介
 - 6.5.1.1. 雷特综合征的病史
 - 6.5.2. 雷特综合征的概念
 - 6.5.2.1. 什么是雷特综合征?
 - 6.5.2.2. 雷特综合征的遗传学
 - 6.5.2.3. 雷特综合征的预后
 - 6.5.3. 病因学
 - 6.5.3.1. 雷特综合征的起源
 - 6.5.4. 普遍性
 - 6.5.4.2. 其他国家的雷特综合征
 - 6.5.4.3. 雷特综合征的发展阶段
 - 6.5.4.3.1. 第一阶段:早期发病阶段
 - 6.5.4.3.2. 第二阶段:加速破坏阶段
 - 6.5.4.3.3. 第三阶段:稳定或假性稳定阶段
 - 6.5.4.3.4. 第四阶段:晚期运动障碍阶段
 - 6.5.5. 雷特综合征的并发症
 - 6.5.5.1. 什么是合并症?
 - 6.5.5.2. 雷特综合征的并发症
 - 6.5.5.3. 相关的疾病
 - 6.5.6. 主要影响
 - 6.5.6.1. 简介
 - 6.5.6.2. 典型的身体特征
 - 6.5.6.3. 临床特征
 - 6.5.7. Rett综合征的诊断和评估
 - 6.5.7.1. 雷特综合征的诊断
 - 6.5.7.1.1. 发生的地点
 - 6.5.7.1.2. 谁来执行
 - 6.5.7.1.3. 什么时候可以进行
 - 6.5.7.2. 对雷特综合征的语言治疗评估
 - 6.5.7.2.1. 既往史
 - 6.5.7.2.2. 需要考虑的领域
 - 6.5.8. 基于言语的干预
 - 6.5.8.1. 需要考虑的方面
 - 6.5.8.2. 干预的目标设定
 - 6.5.8.3. 用于康复的材料
 - 6.5.8.4. 使用的资源
 - 6.5.9. 准则
 - 6.5.9.1. 雷特综合征患者需要考虑的原则
 - 6.5.9.2. 供家庭考虑的原则
 - 6.5.9.3. 教育环境的原则
 - 6.5.9.4. 资源和协会
 - 6.5.10. 跨学科团队
 - 6.5.10.1. 跨学科团队的重要性
 - 6.5.10.2. 言语治疗
 - 6.5.10.3. 职业治疗
 - 6.5.10.4. 物理治疗
- 6.6. 史密斯-马格尼斯综合征
 - 6.6.1. 史密斯-马格尼斯综合征
 - 6.6.1.1. 简介
 - 6.6.1.2. 概念
 - 6.6.2. 病因学
 - 6.6.3. 流行病学
 - 6.6.4. 按阶段发展
 - 6.6.4.1. 婴儿(2岁以下)
 - 6.6.4.2. 儿童期(从2岁到12岁)
 - 6.6.4.2.1. 青春期和成年期。(从12岁开始)

- 6.6.5. 鉴别诊断
- 6.6.6. Smith-Magenis综合征的临床, 认知, 行为和身体特征
 - 6.6.6.1. 临床特征
 - 6.6.6.2. 认知和行为的特点
 - 6.6.6.3. 物理特征
- 6.6.7. Smith-Magenis综合征的语言治疗评估
- 6.6.8. 史密斯-马格尼斯综合征的语言治疗干预
 - 6.6.8.1. 开始干预的一般考虑
 - 6.6.8.2. 干预过程的各个阶段
 - 6.6.8.3. 干预的沟通方面
- 6.6.9. 史密斯-马格尼斯综合征的语言治疗练习
 - 6.6.9.1. 听觉刺激练习: 声音和文字
 - 6.6.9.2. 促进语法结构的练习
 - 6.6.9.3. 增加词汇量的练习
 - 6.6.9.4. 改善语言使用的练习
 - 6.6.9.5. 解决问题和推理的练习
- 6.6.10. 史密斯-马格尼斯综合征患者和家庭支持协会
- 6.7. 威廉姆斯综合征
 - 6.7.1. 威廉姆斯综合征
 - 6.7.1.1. 威廉姆斯综合征的病史
 - 6.7.1.2. 威廉姆斯综合征的概念
 - 6.7.2. 威廉斯综合征的病因学
 - 6.7.3. 威廉姆斯综合征的流行病学
 - 6.7.4. 威廉姆斯综合征的诊断
 - 6.7.5. 威廉姆斯综合征的语言治疗评估
 - 6.7.6. 威廉姆斯综合征的特征
 - 6.7.6.1. 医学方面
 - 6.7.6.2. 面部特征
 - 6.7.6.3. 多听症
 - 6.7.6.4. 神经解剖学特征
 - 6.7.6.5. 语言特点
 - 6.7.6.5.1. 早期语言发展
 - 6.7.6.5.2. 4岁以上的WS的语言特征
 - 6.7.6.6. 威廉姆斯综合征的社会情感特征
 - 6.7.7. 威廉姆斯综合征儿童早期护理中的语言治疗干预
 - 6.7.8. 威廉姆斯综合征学校阶段的语言治疗干预
 - 6.7.9. 对患有威廉姆斯综合征的成年人进行语言治疗干预
 - 6.7.10. 协会
- 6.8. 安吉曼综合征
 - 6.8.1. 单位简介
 - 6.8.1.1. 安吉曼综合征的历史
 - 6.8.2. 安吉曼综合征的概念
 - 6.8.2.1. 什么是安吉曼综合征?
 - 6.8.2.2. 安吉曼综合征的遗传学
 - 6.8.2.3. 安吉曼综合征的预后
 - 6.8.3. 病因学
 - 6.8.3.1. 安吉曼综合征的起源
 - 6.8.4. 普遍性
 - 6.8.4.1. 其他国家的安吉曼综合征
 - 6.8.5. 主要影响
 - 6.8.5.1. 简介
 - 6.8.5.2. 安吉曼综合征的常见表现
 - 6.8.5.3. 罕见的表现
 - 6.8.6. 安吉曼综合征的并发症
 - 6.8.6.1. 什么是合并症?
 - 6.8.6.2. 安吉曼综合征的并发症
 - 6.8.6.3. 相关的疾病
 - 6.8.7. 安吉曼综合征的诊断和评估
 - 6.8.7.1. 安吉曼综合征的诊断
 - 6.8.7.1.1. 发生的地点
 - 6.8.7.1.2. 谁来执行
 - 6.8.7.1.3. 什么时候可以进行
 - 6.8.7.2. 安吉曼综合征的语言治疗评估
 - 6.8.7.2.1. 既往史
 - 6.8.7.2.2. 需要考虑的领域

- 6.8.8. 基于言语的干预
 - 6.8.8.1. 需要考虑的方面
 - 6.8.8.2. 干预的目标设定
 - 6.8.8.3. 用于康复的材料
 - 6.8.8.4. 使用的资源
- 6.8.9. 准则
 - 6.8.9.1. 安吉曼患者需要考虑的准则
 - 6.8.9.2. 供家庭考虑的准则
 - 6.8.9.3. 教育环境的准则
 - 6.8.9.4. 资源和协会
- 6.8.10. 跨学科团队
 - 6.8.10.1. 跨学科团队的重要性
 - 6.8.10.2. 言语治疗
 - 6.8.10.3. 职业治疗
 - 6.8.10.4. 物理治疗
- 6.9. 杜兴氏病
 - 6.9.1. 单位简介
 - 6.9.1.1. 杜氏症的病史
 - 6.9.2. 杜氏症的概念
 - 6.9.2.1. 什么是杜氏症?
 - 6.9.2.2. 杜氏症的遗传学
 - 6.9.2.3. 杜氏症的预后
 - 6.9.3. 病因学
 - 6.9.3.1. 杜氏症的起源
 - 6.9.4. 普遍性
 - 6.9.4.1. 杜氏症在其他国家的患病率
 - 6.9.5. 主要影响
 - 6.9.5.1. 简介
 - 6.9.5.2. 杜氏症的临床表现
 - 6.9.5.2.1. 言语延迟
 - 6.9.5.2.2. 行为问题
 - 6.9.5.2.3. 肌肉无力
 - 6.9.5.2.4. 硬度
 - 6.9.5.2.5. 主体分裂症
 - 6.9.5.2.6. 呼吸系统功能紊乱
 - 6.9.5.3. 杜氏症的最常见症状
- 6.9.6. 杜氏症的并发症
 - 6.9.6.1. 什么是合并症?
 - 6.9.6.2. 杜氏症的并发症
 - 6.9.6.3. 相关的疾病
- 6.9.7. 杜氏症的诊断和评估
 - 6.9.7.1. 杜氏症的诊断
 - 6.9.7.1.1. 发生的地点
 - 6.9.7.1.2. 谁来执行
 - 6.9.7.1.3. 什么时候可以进行
 - 6.9.7.2. 杜氏症的语言评估
 - 6.9.7.2.1. 既往史
 - 6.9.7.2.2. 需要考虑的领域
- 6.9.8. 基于言语的干预
 - 6.9.8.1. 需要考虑的方面
 - 6.9.8.2. 干预的目标设定
 - 6.9.8.3. 用于康复的材料
 - 6.9.8.4. 使用的资源
- 6.9.9. 准则
 - 6.9.9.1. 杜氏病患者应考虑到的准则
 - 6.9.9.2. 供家庭考虑的准则
 - 6.9.9.3. 教育环境的准则
 - 6.9.9.4. 资源和协会
- 6.9.10. 跨学科团队
 - 6.9.10.1. 跨学科团队的重要性
 - 6.9.10.2. 言语治疗
 - 6.9.10.3. 职业治疗
 - 6.9.10.4. 物理治疗
- 6.10. 乌瑟尔综合征
 - 6.10.1. 单位简介
 - 6.10.1.1. 乌瑟尔综合征的历史

- 6.10.2. 乌瑟尔综合征的概念
 - 6.10.2.1. 什么是厄舍尔综合征?
 - 6.10.2.2. 乌瑟尔综合征的遗传学
 - 6.10.2.3. 乌瑟尔综合征的类型学
 - 6.10.2.3.1. 类型一
 - 6.10.2.3.2. 第二类
 - 6.10.2.3.3. 第三类
 - 6.10.2.4. 乌瑟尔综合征的预后
- 6.10.3. 病因学
 - 6.10.3.1. 乌瑟尔综合征的起源
- 6.10.4. 普遍性
 - 6.10.4.1. 其他国家的厄舍尔综合征
- 6.10.5. 主要影响
 - 6.10.5.1. 简介
 - 6.10.5.2. 乌瑟尔综合征的常见表现
 - 6.10.5.3. 罕见的表现
- 6.10.6. 乌瑟尔综合征的并发症
 - 6.10.6.1. 什么是合并症?
 - 6.10.6.2. 乌瑟尔综合征的并发症
 - 6.10.6.3. 相关的疾病
- 6.10.7. 乌瑟尔综合征的诊断和评估
 - 6.10.7.1. 乌瑟尔综合征的诊断
 - 6.10.7.1.1. 发生的地点
 - 6.10.7.1.2. 谁来执行
 - 6.10.7.1.3. 什么时候可以进行
 - 6.10.7.2. 乌瑟尔综合征的语言治疗评估
 - 6.10.7.2.1. 既往史
 - 6.10.7.2.2. 需要考虑的领域
- 6.10.8. 基于言语的干预
 - 6.10.8.1. 需要考虑的方面
 - 6.10.8.2. 干预的目标设定
 - 6.10.8.3. 用于康复的材料
 - 6.10.8.4. 使用的资源

- 6.10.9. 准则
 - 6.10.9.1. 乌瑟尔病患者需要考虑的准则
 - 6.10.9.2. 供家庭考虑的准则
 - 6.10.9.3. 教育环境的准则
 - 6.10.9.4. 资源和协会
- 6.10.10. 跨学科团队
 - 6.10.10.1. 跨学科团队的重要性
 - 6.10.10.2. 言语治疗
 - 6.10.10.3. 职业治疗
 - 6.10.10.4. 物理治疗

模块7.口吃障碍和/或口吃:评估,诊断和干预

- 7.1. 模块介绍
 - 7.1.2. 该模块的介绍
- 7.2. 口齿不清或口吃
 - 7.2.1. 口吃的历史
 - 7.2.2. 口吃
 - 7.2.2.1. 口吃的概念
 - 7.2.2.2. 口吃的症状学
 - 7.2.2.2.1. 语言上的表现形式
 - 7.2.2.2.2. 行为上的表现
 - 7.2.2.3. 身体上的表现
 - 7.2.2.3.1. 口吃的特点
- 7.2.3. 分类
 - 7.2.3.1. 强直性口吃
 - 7.2.3.2. 阵发性口吃
 - 7.2.3.3. 混合型口吃
- 7.2.4. 其他特定的语言流畅性障碍

- 7.2.5. 紊乱的发展
 - 7.2.5.1. 初步考虑
 - 7.2.5.2. 发展水平和严重程度
 - 7.2.5.2.1. 初始阶段
 - 7.2.5.2.2. 边缘性口吃
 - 7.2.5.2.3. 最初的口吃
 - 7.2.5.2.4. 中级口吃
 - 7.2.5.2.5. 高级口吃
- 7.2.6. 合并症
 - 7.2.6.1. 呼吸困难的并发症
 - 7.2.6.2. 相关的疾病
- 7.2.7. 恢复的预后
 - 7.2.7.1. 初步考虑
 - 7.2.7.2. 关键因素
 - 7.2.7.3. 根据干预时机的预后
- 7.2.8. 口吃的发生率和流行率
 - 7.2.8.1. 初步考虑
- 7.2.9. 口吃的病因学
 - 7.2.9.1. 初步考虑
 - 7.2.9.2. 生理因素
 - 7.2.9.3. 遗传因素
 - 7.2.9.4. 环境因素
 - 7.2.9.5. 社会心理因素
 - 7.2.9.6. 语言学因素
- 7.2.10. 警告标志
 - 7.2.10.1. 初步考虑
 - 7.2.10.2. 何时评估?
 - 7.2.10.3. 有可能预防这种疾病吗?

- 7.3. 评估呼吸困难症
 - 7.3.1. 单位简介
 - 7.3.2. 口齿不清还是正常的口齿不清?
 - 7.3.2.1. 初步考虑
 - 7.3.2.2. 什么是正常的口齿不清?
 - 7.3.2.3. 口齿不清和正常口齿不清之间的区别
 - 7.3.2.4. 何时行动?
 - 7.3.3. 评估的目的
 - 7.3.4. 评估方法
 - 7.3.4.1. 初步考虑
 - 7.3.4.2. 评估方法概要
 - 7.3.5. 信息收集
 - 7.3.5.1. 采访家长
 - 7.3.5.2. 收集相关信息
 - 7.3.5.3. 临床病史
 - 7.3.6. 收集其他信息
 - 7.3.6.1. 父母的调查问卷
 - 7.3.6.2. 对教师的调查问卷
 - 7.3.7. 对儿童的评估
 - 7.3.7.1. 对儿童的观察
 - 7.3.7.2. 儿童问卷调查
 - 7.3.7.3. 亲子互动概况
 - 7.3.8. 诊断
 - 7.3.8.1. 对收集的信息进行临床判断
 - 7.3.8.2. 预测
 - 7.3.8.3. 治疗类型
 - 7.3.8.4. 治疗目标

- 7.3.9. 反馈信息
 - 7.3.9.1. 向家长返还信息
 - 7.3.9.2. 将结果告知孩子
 - 7.3.9.3. 向孩子解释治疗方法
- 7.3.10. 诊断标准
 - 7.3.10.1. 初步考虑
 - 7.3.10.2. 可能影响语言流畅性的因素
 - 7.3.10.2.1. 沟通
 - 7.3.10.2.2. 语言发展方面的困难
 - 7.3.10.2.3. 人际互动
 - 7.3.10.2.4. 变化
 - 7.3.10.2.5. 过高的要求
 - 7.3.10.2.6. 自尊心
 - 7.3.10.2.7. 社会资源
- 7.4. 以用户为中心的言语治疗干预困难症:直接治疗
 - 7.4.1. 单位简介
 - 7.4.2. 直接治疗
 - 7.4.2.1. 治疗的特点
 - 7.4.2.2. 治疗师技能
 - 7.4.3. 治疗的目标
 - 7.4.3.1. 与孩子的目标
 - 7.4.3.2. 与父母的目标
 - 7.4.3.3. 与教师的目标
 - 7.4.4. 与孩子一起的目标:语言控制
 - 7.4.4.1. 目标
 - 7.4.4.2. 语音控制的技术
 - 7.4.5. 与孩子的目标:焦虑管理
 - 7.4.5.1. 目标
 - 7.4.5.2. 焦虑管理的技巧
 - 7.4.6. 与孩子的目标:思想控制
 - 7.4.6.1. 目标
 - 7.4.6.2. 思想控制的技巧
 - 7.4.7. 与孩子的目标:控制情绪
 - 7.4.7.1. 目标
 - 7.4.7.2. 管理情绪的技巧
 - 7.4.8. 与孩子的目标:社会 and 沟通技巧
 - 7.4.8.1. 目标
 - 7.4.8.2. 发展社会和交流技能的技巧
 - 7.4.9. 归纳和维护
 - 7.4.9.1. 目标
 - 7.4.9.2. 归纳和维护的技术
 - 7.4.10. 关于出院的建议
- 7.5. 以用户为中心的语言障碍干预:Lidcombe早期干预方案
 - 7.5.1. 单位简介
 - 7.5.2. 方案开发
 - 7.5.2.1. 谁开发的
 - 7.5.2.2. 它是在哪里开发的
 - 7.5.3. 它真的有效吗?
 - 7.5.4. 林德科姆方案的基础知识
 - 7.5.4.1. 初步考虑
 - 7.5.4.2. 申请的年龄
 - 7.5.5. 基本组成部分
 - 7.5.5.1. 父母的言语应急措施
 - 7.5.5.2. 口吃的措施
 - 7.5.5.3. 在结构化和非结构化的对话中进行治疗
 - 7.5.5.4. 定期维护
 - 7.5.6. 评价
 - 7.5.6.1. 基于林德科姆方案的评价
 - 7.5.7. 林德科姆方案的各个阶段
 - 7.5.7.1. 第一阶段
 - 7.5.7.2. 第二阶段
 - 7.5.8. 会议的频率
 - 7.5.8.1. 每周去看专家
 - 7.5.9. 林德科姆方案中的个性化
 - 7.5.10. 最后的结论

7.6. 对发音障碍儿童的语言治疗干预:一个练习的建议

7.6.1. 单位简介

7.6.2. 语言控制的练习

7.6.2.1. 自制资源

7.6.2.2. 商业上可获得的资源

7.6.2.3. 技术资源

7.6.3. 焦虑管理练习

7.6.3.1. 自制资源

7.6.3.2. 商业上可获得的资源

7.6.3.3. 技术资源

7.6.4. 思想控制的练习

7.6.4.1. 自制资源

7.6.4.2. 商业上可获得的资源

7.6.4.3. 技术资源

7.6.5. 控制情绪的练习

7.6.5.1. 自制资源

7.6.5.2. 商业上可获得的资源

7.6.5.3. 技术资源

7.6.6. 提高社交和沟通技巧的练习

7.6.6.1. 自制资源

7.6.6.2. 商业上可获得的资源

7.6.6.3. 技术资源

7.6.7. 鼓励归纳的练习

7.6.7.1. 自制资源

7.6.7.2. 商业上可获得的资源

7.6.7.3. 技术资源

7.6.8. 如何适当地使用练习

7.6.9. 每个练习的实施时间

7.6.10. 最后的结论

7.7. 家庭作为干预和支持发音障碍儿童的代理人

7.7.1. 单位简介

7.7.2. 家庭在发音障碍儿童发展中的重要性

7.7.3. 发音障碍儿童在家中遇到的交流困难

7.7.4. 家庭环境中的沟通困难如何影响发音障碍儿童?

7.7.5. 对父母进行干预的类型

7.7.5.1. 早期干预。(简要概述)

7.7.5.2. 直接治疗。(简要概述)

7.7.6. 对父母进行早期干预

7.7.6.1. 辅导课程

7.7.6.2. 每日练习

7.7.6.3. 行为记录

7.7.6.4. 行为矫正

7.7.6.5. 环境的组织

7.7.6.6. 会议的结构

7.7.6.7. 特殊情况

7.7.7. 与父母一起直接治疗

7.7.7.1. 改变态度和行为

7.7.7.2. 根据儿童的困难调整语言

7.7.7.3. 每天在家里练习

7.7.8. 将家庭纳入干预的优势

7.7.8.1. 家庭参与如何使儿童受益

7.7.9. 家庭作为一种概括性的手段

7.7.9.1. 家庭在概括中的重要性

7.7.10. 最后的结论

7.8. 学校作为干预和支持发音障碍儿童的机构

7.8.1. 单位简介

7.8.2. 在干预期间, 学校的参与

7.8.2.1. 学校参与的重要性

7.8.2.2. 学校对发音障碍儿童发展的影响

7.8.3. 根据学生的需要进行干预

7.8.3.1. 考虑到发音障碍学生的需求的重要性

7.8.3.2. 如何确定学生的需求?

7.8.3.3. 谁负责阐述学生的需求?

7.8.4. 发音障碍儿童在课堂上的后果

7.8.4.1. 与同学们的交流

7.8.4.2. 与教师的沟通

7.8.4.3. 对儿童的心理影响

- 7.8.5. 学校支持
 - 7.8.5.1. 谁提供的?
 - 7.8.5.2. 它是如何进行的?
- 7.8.6. 语言治疗师与学校专业人员的协调工作
 - 7.8.6.1. 与谁进行协调?
 - 7.8.6.2. 为实现这一协调而应遵循的准则
- 7.8.7. 准则
 - 7.8.7.1. 学校的指导方针, 以改善对儿童的干预
 - 7.8.7.2. 学校提高儿童自尊心的准则
 - 7.8.7.3. 学校提高孩子社交能力的准则
- 7.8.8. 学校是一个支持性的环境
- 7.8.9. 学校可利用的资源
- 7.8.10. 最后的结论
- 7.9. 协会和基金会
 - 7.9.1. 单位简介
 - 7.9.2. 协会如何帮助家庭?
 - 7.9.3. 口吃协会对家庭的关键作用
 - 7.9.4. 口吃协会和基金会对健康和专家的帮助
 - 7.9.5. 西班牙口吃协会和基金会
 - 7.9.5.1. 西班牙口吃基金会 (TTM)
 - 7.9.5.1.1. 基金会信息
 - 7.9.5.1.2. 联系方式
 - 7.9.6. 世界各地的口吃协会和基金会
 - 7.9.6.1. 阿根廷口吃协会(AAT)
 - 7.9.6.1.1. 关于协会的信息
 - 7.9.6.1.2. 联系方式
 - 7.9.7. 有关口吃的一般信息的网站
 - 7.9.7.1. 联系方式
 - 7.9.7.2. 美国口吃基金会
 - 7.9.7.3. 联系方式
 - 7.9.7.3. 语言治疗空间
 - 7.9.7.3.1. 联系方式

- 7.9.8. 口吃信息博客
 - 7.9.8.1. 主题博客
 - 7.9.8.1.1. 联系方式
- 7.9.9. Logopedic杂志在哪里可以获得信息
 - 7.9.9.1. 洛克菲勒空间杂志
 - 7.9.9.1.1. 联系方式
 - 7.9.9.2. 神经病学杂志
 - 7.9.9.2.1. 联系方式
- 7.9.10. 最后的结论
- 7.10. 附件
 - 7.10.1. 评估呼吸困难症的病历实例
 - 7.10.2. 供家长使用的流利程度调查表
 - 7.10.3. 父母对口吃的情绪反应调查表
 - 7.10.4. 给父母的记录
 - 7.10.5. 面向教师的流畅性调查问卷
 - 7.10.6. 放松技巧
 - 7.10.6.1. 给语言治疗师的指示
 - 7.10.6.2. 适合儿童的放松技巧

模块8.儿童和青少年中的构音障碍

- 8.1. 初步考虑
 - 8.1.1. 模块介绍
 - 8.1.1.1. 该模块的介绍
 - 8.1.2. 模块目标
 - 8.1.3. 有构音障碍的历史
 - 8.1.4. 儿童和青少年构音障碍的预后
 - 8.1.4.1. 患有构音障碍的儿童发展的预后情况
 - 8.1.4.1.1. 患有构音障碍的儿童的语言发展
 - 8.1.4.1.2. 患有构音障碍的儿童的语言发展
 - 8.1.5. 构音障碍的早期护理
 - 8.1.5.1. 什么是早期干预?
 - 8.1.5.2. 早期护理对构音障碍有什么帮助?
 - 8.1.5.3. 早期护理在构音障碍干预中的重要性

- 8.1.6. 预防构音障碍的发生
 - 8.1.6.1. 如何预防?
 - 8.1.6.2. 是否有任何预防方案?
- 8.1.7. 神经科在构音障碍中的作用
 - 8.1.7.1. 语音障碍的神经学影响
 - 8.1.7.1.1. 颅神经和语言生成
 - 8.1.7.1.2. 参与语音呼吸协调的颅神经
 - 8.1.7.1.3. 与语言有关的大脑运动整合
- 8.1.8. 构音障碍对失语症
 - 8.1.8.1. 单位简介
 - 8.1.8.2. 言语障碍
 - 8.1.8.2.1. 言语障碍的概念
 - 8.1.8.2.2. 言语障碍的特点
 - 8.1.8.3. 构音障碍和言语失调的区别
 - 8.1.8.3.1. 分类表
 - 8.1.8.4. 构音障碍与言语失调之间的关系
 - 8.1.8.4.1. 这两种病症之间有关系吗?
 - 8.1.8.4.2. 这两种疾病的相似之处
- 8.1.9. 构音障碍和失语症
 - 8.1.9.1. 什么是排异反应?(短评)
 - 8.1.9.2. 构音障碍和发音障碍的区别
 - 8.1.9.3. 这两种疾病的相似之处
- 8.1.10. 失语症和构音障碍
 - 8.1.10.1. 什么是失语症?(简短的意思)
 - 8.1.10.2. 失语症和婴儿失语症的区别
 - 8.1.10.3. 失语症和婴儿失语症的相似之处
- 8.2. 构音障碍的一般特征
 - 8.2.1. 概念化
 - 8.2.1.1. 构音障碍的概念
 - 8.2.1.2. 关节紊乱的症状学
 - 8.2.2. 构音障碍的一般特征

- 8.2.3. 根据引起病变的部位对关节紊乱进行分类
 - 8.2.3.1. 上运动神经元病变引起的构音障碍
 - 8.2.3.1.1. 讲话特点
 - 8.2.3.1.2. 下运动神经元病变引起的构音障碍
 - 8.2.3.1.2.1. 讲话特点
 - 8.2.3.1.3. 小脑疾病导致的构音障碍
 - 8.2.3.1.3.1. 讲话特点
 - 8.2.3.1.4. 锥体外系疾病引起的构音障碍
 - 8.2.3.1.4.1. 讲话特点
 - 8.2.3.1.5. 多重运动系统失调导致的构音障碍
 - 8.2.3.1.5.1. 讲话特点
- 8.2.4. 根据症状学的分类
 - 8.2.4.1. 痉挛性构音障碍
 - 8.2.4.1.1. 讲话特点
 - 8.2.4.2. 弛缓性构音障碍
 - 8.2.4.2.1. 讲话特点
 - 8.2.4.3. 共济失调性构音障碍
 - 8.2.4.3.1. 讲话特点
 - 8.2.4.4. 运动性构音障碍
 - 8.2.4.4.1. 讲话特点
 - 8.2.4.5. 混合性构音障碍
 - 8.2.4.5.1. 讲话特点
 - 8.2.4.6. 痉挛性构音障碍
 - 8.2.4.6.1. 讲话特点
- 8.2.5. 根据发音摄入量进行分类
 - 8.2.5.1. 普遍性构音障碍
 - 8.2.5.2. 肢体障碍状态
 - 8.2.5.3. 残存的障碍物

- 8.2.6. 儿童和青少年构音障碍的病因分析
 - 8.2.6.1. 脑部病变
 - 8.2.6.2. 脑瘤
 - 8.2.6.3. 脑部意外
 - 8.2.6.4. 其他原因
 - 8.2.6.5. 药物
- 8.2.7. 儿童和青少年关节紊乱的发病率
 - 8.2.7.1. 目前构音障碍的流行情况
 - 8.2.7.2. 多年来流行率的变化
- 8.2.8. 构音障碍的语言特征
 - 8.2.8.1. 患有构音障碍的儿童是否存在语言障碍？
 - 8.2.8.2. 损伤的特点
- 8.2.9. 失语症的语音特征
 - 8.2.9.1. 患有构音障碍的儿童是否存在语言生成障碍？
 - 8.2.9.2. 损伤的特点
- 8.2.10. 构音障碍的半文学
 - 8.2.10.1. 如何检测构音障碍？
 - 8.2.10.2. 构音障碍的相关体征和症状
- 8.3. 构音障碍的分类
 - 8.3.1 患有构音障碍的儿童的其他疾病
 - 8.3.1.1. 运动障碍
 - 8.3.1.2. 心理障碍
 - 8.3.1.3. 沟通障碍
 - 8.3.1.4. 社会关系的改变
 - 8.3.2. 小儿脑瘫
 - 8.3.2.1. 脑瘫的概念
 - 8.3.2.2. 小儿脑性麻痹的构音障碍
 - 8.3.2.2.1. 获得性脑损伤中构音障碍的后果
 - 8.3.2.3. 吞咽困难
 - 8.3.2.3.1. 吞咽困难的概念
 - 8.3.2.3.2. 与吞咽困难有关的构音障碍
 - 8.3.2.3.3. 获得性脑损伤中构音障碍的后果
 - 8.3.3. 获得性脑损伤
 - 8.3.3.1. 获得性脑损伤的概念
 - 8.3.3.2. 与获得性脑损伤有关的构音障碍
 - 8.3.3.2.1. 获得性脑损伤中构音障碍的后果
 - 8.3.4. 多发性硬化症
 - 8.3.4.1. 多发性硬化症的概念
 - 8.3.4.2. 多发性硬化症的构音障碍
 - 8.3.4.2.1. 获得性脑损伤中构音障碍的后果
 - 8.3.5. 儿童获得性脑损伤
 - 8.3.5.1. 儿童获得性脑损伤的概念
 - 8.3.5.2. 儿童获得性脑损伤中的构音障碍
 - 8.3.5.2.1. 获得性脑损伤中构音障碍的后果
 - 8.3.6. 畸形儿童的心理后果
 - 8.3.6.1. 语音障碍如何影响儿童的心理发展？
 - 8.3.6.2. 受影响的心理方面
 - 8.3.7. 畸形儿童的社会后果
 - 8.3.7.1. 构音障碍如何影响构音障碍儿童的社会发展？
 - 8.3.8. 肢体障碍儿童交流互动的后果
 - 8.3.8.1. 语音障碍如何影响交流？
 - 8.3.8.2. 沟通方面受到影响
 - 8.3.9. 畸形儿童的社会后果
 - 8.3.9.1. 构音障碍如何影响社会关系？
 - 8.3.10. 经济后果
 - 8.3.10.1. 专业干预和家庭的经济成本
- 8.4. 儿童和青少年构音障碍的其他分类
 - 8.4.1. 言语评估及其对构音障碍儿童的重要性
 - 8.4.1.1. 语言治疗师为什么要评估构音障碍？
 - 8.4.1.2. 语言治疗师为什么要对构音障碍进行评估？
 - 8.4.2. 临床语言治疗评估
 - 8.4.3. 评估和诊断过程
 - 8.4.3.1. 病历
 - 8.4.3.2. 文件分析
 - 8.4.3.3. 与亲属的访谈

- 8.4.4. 直接检查
 - 8.4.4.1. 神经生理学检查
 - 8.4.4.2. 三叉神经检查
 - 8.4.4.3. 附属神经的检查
 - 8.4.4.4. 舌咽神经的检查
 - 8.4.4.5. 面神经的检查
 - 8.4.4.5.1. 舌下神经的检查
 - 8.4.4.5.2. 附属神经的检查
- 8.4.5. 感知性检查
 - 8.4.5.1. 呼吸作用的探索
 - 8.4.5.2. 核磁共振成像
 - 8.4.5.3. 口腔运动控制
 - 8.4.5.4. 衔接
- 8.4.6. 需要评估的其他方面
 - 8.4.6.1. 可理解性
 - 8.4.6.2. 自动语音
 - 8.4.6.3. 阅读
 - 8.4.6.4. 创作理念
 - 8.4.6.5. 可理解性/严重性筛选
- 8.4.7. 在家庭背景下评估畸形儿童的情况
 - 8.4.7.1. 为评估家庭环境而接受采访的人员
 - 8.4.7.2. 采访的相关内容
 - 8.4.7.2.1. 家庭访谈中应提出的一些重要问题
 - 8.4.7.3. 在家庭背景下评估的重要性
- 8.4.8. 在学校背景下评估畸形儿童的情况
 - 8.4.8.1. 在学校范围内采访的专业人员
 - 8.4.8.1.1. 辅导员
 - 8.4.8.1.2. 听力和语言教师
 - 8.4.8.1.3. 学校辅导员
 - 8.4.8.2. 学校对构音障碍儿童进行评估的重要性
- 8.4.9. 其他卫生专业人员对畸形儿童的评估
 - 8.4.9.1. 联合评估的重要性
 - 8.4.9.2. 神经学评估
 - 8.4.9.3. 物理治疗评估
 - 8.4.9.4. 耳鼻喉科评估
 - 8.4.9.5. 心理评估
- 8.4.10. 鉴别诊断
 - 8.4.10.1. 如何对患有构音障碍的儿童进行鉴别诊断?
 - 8.4.10.2. 建立鉴别诊断的考虑因素
- 8.5. 构音障碍的特点
 - 8.5.1. 干预儿童构音障碍的重要性
 - 8.5.1.1. 受构音障碍影响的儿童所面临的后果
 - 8.5.1.2. 通过干预发展构音障碍
 - 8.5.2. 对有构音障碍的儿童进行干预的目标
 - 8.5.2.1. 构音障碍的一般目标
 - 8.5.2.1.1. 心理学目标
 - 8.5.2.1.2. 运动目标
 - 8.5.3. 干预方法
 - 8.5.4. 干预期间应采取的步骤
 - 8.5.4.1. 就干预模式达成一致
 - 8.5.4.2. 确定干预的顺序和时机
 - 8.5.5. 在干预期间, 儿童是主要的主体
 - 8.5.5.1. 用儿童的技能支持干预措施
 - 8.5.6. 干预的一般考虑
 - 8.5.6.1. 参与干预的动机的重要性
 - 8.5.6.2. 干预期间的情感性
 - 8.5.7. 言语治疗干预的活动建议
 - 8.5.7.1. 心理活动
 - 8.5.7.2. 运动活动
 - 8.5.8. 联合康复过程的重要性
 - 8.5.8.1. 从事关节紊乱的专业人员
 - 8.5.8.1.1. 物理治疗师
 - 8.5.8.1.2. 心理学家

- 8.5.9. 替代性和辅助性交流系统作为干预支持
 - 8.5.9.1. 这些系统如何支持对构音障碍儿童的干预?
 - 8.5.9.2. 系统类型的选择。增强型或替代型?
 - 8.5.9.3. 设置其使用的设置
- 10.5.8. 如何确定治疗的结束
 - 8.5.10.1. 表示康复结束的标准
 - 8.5.10.2. 实现康复目标
- 8.6. 评估构音障碍
 - 8.6.1 言语治疗对关节障碍的干预
 - 8.6.1.1 言语治疗对儿童和青少年关节紊乱的重要性
 - 8.6.1.2. 失语症的语言治疗包括哪些内容?
 - 8.6.1.3. 言语治疗干预的目标
 - 8.6.1.3.1. 言语治疗干预的一般目标
 - 8.6.1.3.2. 言语治疗干预的具体目标
 - 8.6.2. 失语症的吞咽治疗
 - 8.6.2.1. 在构音障碍的情况下出现吞咽困难
 - 8.6.2.2. 什么是吞咽治疗?
 - 8.6.2.3. 该疗法的重要性
 - 8.6.3. 姿势和身体疗法在构音障碍中的应用
 - 8.6.3.1. 失语症中的姿势和身体姿态障碍
 - 8.6.3.2. 姿势和身体治疗包括哪些内容?
 - 8.6.3.3. 治疗的重要性
 - 8.6.4. 口腔治疗在构音障碍中的应用
 - 8.6.4.1. 语音障碍病例中的口唇障碍
 - 8.6.4.2. 什么是口面部治疗?
 - 8.6.4.3. 治疗的重要性
 - 8.6.5. 呼吸疗法和语音呼吸协调在构音障碍中的应用
 - 8.6.5.1. 失语症患者在语音感知协调方面的困难
 - 8.6.5.2. 疗法包括哪些内容?
 - 8.6.5.3. 治疗的重要性
 - 8.6.6. 失语症的衔接治疗
 - 8.6.6.1. 患有构音障碍的发音障碍
 - 8.6.6.2. 疗法包括哪些内容?
 - 8.6.6.3. 治疗的重要性
 - 8.6.7. 语音治疗在构音障碍中的应用
 - 8.6.7.1. 在构音障碍的情况下出现语言障碍
 - 8.6.7.2. 疗法包括哪些内容?
 - 8.6.7.3. 治疗的重要性
 - 8.6.8. 共振疗法在构音障碍中的应用
 - 8.6.8.1. 共振困难与构音障碍
 - 8.6.8.2. 疗法包括哪些内容?
 - 8.6.8.3. 治疗的重要性
 - 8.6.9. 语音治疗在构音障碍中的应用
 - 8.6.9.1. 在构音障碍的情况下出现声音障碍
 - 8.6.9.2. 疗法包括哪些内容?
 - 8.6.9.3. 治疗的重要性
 - 10.6.8. 语感和流畅性治疗
 - 8.6.10.1. 有构音障碍的发音和流畅性困难
 - 8.6.10.2. 疗法包括哪些内容?
 - 8.6.10.3. 治疗的重要性
- 8.7. 语音治疗在构音障碍中的应用
 - 8.7.1. 简介
 - 8.7.1.1. 为构音障碍儿童制定语言治疗干预方案的重要性
 - 8.7.2. 制定语言干预方案的初步考虑
 - 8.7.2.1. 畸形儿童的特征
 - 8.7.3. 言语治疗干预计划的决定
 - 8.7.3.1. 干预的方法
 - 8.7.3.2. 干预会议顺序的共识:要考虑到方面
 - 8.7.3.2.1. 按时间顺序排列的年龄
 - 8.7.3.2.2. 孩子的课外活动
 - 8.7.3.2.3. 时间表
 - 8.7.3.3. 建立干预线
 - 8.7.4. 言语治疗失语症干预方案的目标
 - 8.7.4.1. 言语治疗干预的一般目标
 - 8.7.4.2. 言语治疗干预的具体目标

- 8.7.5. 言语治疗对构音障碍的干预领域和建议的活动
 - 8.7.5.1. 口腔部
 - 8.7.5.2. 语音
 - 8.7.5.3. 创作理念
 - 8.7.5.4. 讲话
 - 8.7.5.5. 语言
 - 8.7.5.6. 呼吸
- 8.7.6. 用于语言治疗干预的材料和资源
 - 8.7.6.1. 对市场上用于语言治疗干预的材料提出建议,并对材料及其用途进行概述
 - 8.7.6.2. 上述建议材料的图片
- 8.7.7. 语音语言干预的技术资源和教学材料
 - 8.7.7.1. 用于干预的软件程序
 - 8.7.7.1.1. PRAAT项目
- 8.7.8. 失语症干预的干预方法
 - 8.7.8.1. 干预方法的类型
 - 8.7.8.1.1. 医学方法
 - 8.7.8.1.2. 临床干预方法
 - 8.7.8.1.3. 工具性方法
 - 8.7.8.1.4. 务实的方法
 - 8.7.8.1.5. 行为-骨科方法
 - 8.7.8.2. 选择适合案例的干预方法
- 8.7.9. 言语治疗干预技术和建议的活动
 - 8.7.9.1 呼吸
 - 8.7.9.1.1. 活动提案
 - 8.7.9.2. 发音
 - 8.7.9.2.1. 拟议的活动
 - 8.7.9.3. 衔接
 - 8.7.9.3.1. 拟议的活动
 - 8.7.9.4. 核磁共振成像
 - 8.7.9.4.1. 拟议的活动
 - 8.7.9.5. 讲话率
 - 8.7.9.5.1. 拟议的活动
 - 8.7.9.6. 重音和音调
 - 8.7.9.6.1. 拟议的活动
- 8.7.10. 替代性和/或辅助性交流系统作为构音障碍的一种干预方法
 - 8.7.10.1. 什么是ADC系统?
 - 8.7.10.2. SAAC如何帮助干预有构音障碍的儿童?
 - 8.7.10.3. SAACs如何帮助患有构音障碍的儿童进行交流?
 - 8.7.10.4. 根据儿童的需要选择系统方法
 - 8.7.10.4.1. 建立通信系统的考虑因素
 - 8.7.10.5. 如何在不同的儿童发展环境中使用沟通
- 8.8. 言语治疗对构音障碍的干预
 - 8.8.1. 畸形儿童的发展单元介绍
 - 8.8.2. 家庭环境中的畸形儿童的后果
 - 8.8.2.1. 家庭环境中的困难是如何影响孩子的?
 - 8.8.3. 障碍儿童家庭环境中的沟通困难
 - 8.8.3.1. 家庭环境中的障碍是什么?
 - 8.8.4. 家庭环境中专业干预的重要性以及以家庭为中心的干预模式
 - 8.8.4.1. 家庭在畸形儿童发展中的重要性
 - 8.8.4.2. 如何为畸形儿童提供以家庭为中心的干预?
 - 8.8.5. 将家庭纳入语言治疗和学校对构音障碍儿童的干预中
 - 8.8.5.1. 为了将家庭纳入干预,需要考虑的方面
 - 8.8.6. 家庭融入专业和学校干预的好处
 - 8.8.6.1. 与卫生专业人员的协调和家庭融合的好处
 - 8.8.6.2. 与教育专业人员和福利的协调
 - 8.8.7. 关于家庭环境的提示
 - 8.8.7.1. 促进智力障碍儿童口语交流的技巧
 - 8.8.7.2. 与残疾儿童的家庭关系指南
 - 8.8.8. 对家庭的心理支持
 - 8.8.8.1. 对有构音障碍儿童的家庭的心理影响
 - 8.8.8.2. 为什么要提供心理支持?
 - 8.8.9. 家庭作为学习普及的手段
 - 8.8.9.1. 家庭对学习普及的重要性
 - 8.8.9.2. 家庭如何支持孩子的学习?

- 8.8.10. 与患有构音障碍的儿童沟通
 - 8.8.10.1. 家庭环境中的沟通策略
 - 8.8.10.2. 改善沟通的技巧
 - 8.8.10.2.1. 环境的变化
 - 8.8.10.2.2. 替代口头交流的方法
- 8.9. 建议用于语言治疗障碍的练习
 - 8.9.1. 单位简介
 - 8.9.1.1. 儿童学校教育时期与儿童和青少年构音障碍的发病率的关系
 - 8.9.2. 在干预期间, 学校参与的重要性
 - 8.9.2.1. 学校作为发育不良儿童的环境
 - 8.9.2.2. 学校对儿童发展的影响
 - 8.9.3. 学校支持, 谁在学校支持孩子, 如何支持?
 - 8.9.3.1. 听力和语言教师
 - 8.9.3.2. 辅导员
 - 8.9.4. 康复专业人员与教育专业人员的协调
 - 8.9.4.1. 与谁协调?
 - 8.9.4.2. 协调的步骤
 - 8.9.5. 畸形儿童在课堂上的后果
 - 8.9.5.1. 对畸形儿童的心理影响
 - 8.9.5.2. 与同学们的交流
 - 8.9.6. 根据学生的需要进行干预
 - 8.9.6.1. 考虑到有构音障碍的学生的需求的重要性
 - 8.9.6.2. 如何确定学生的需求?
 - 8.9.6.3. 阐述学习者需求的参与者
 - 8.9.7. 准则
 - 8.9.7.1. 学校对构音障碍儿童的干预准则
 - 8.9.8. 学校的目标
 - 8.9.8.1. 学校干预的一般目标
 - 8.9.8.2. 实现目标的战略
 - 8.9.9. 课堂上的干预方法, 支持儿童融入的策略
 - 10.9.8. 在课堂上使用SAACs来促进交流
 - 8.9.10.1. SAAC如何在课堂上帮助有障碍的学习者?
- 8.10. 附件
 - 8.10.1. 构音障碍指南
 - 8.10.1.1. 构音障碍管理指南: 语言障碍者指南
 - 8.10.1.2. 口头和书面语言障碍学生的教育护理指南
 - 8.10.2. 表1.梅奥诊所构音障碍研究中使用的尺寸
 - 8.10.3. 表2.根据梅奥诊所使用的尺寸对关节紊乱进行的分类
 - 8.10.4. 临床语言评估的面试样本
 - 8.10.5. 评价阅读的文本: "祖父"
 - 8.10.6. 有关构音障碍信息的网站
 - 8.10.6.1. 梅奥诊所的网站
 - 8.10.6.2. 语言治疗空间
 - 8.10.6.2.1. 链接到网站
 - 8.10.6.3. 美国语言听觉协会
 - 8.10.6.3.1. 链接到网站
 - 8.10.7. 有关构音障碍信息的网站
 - 8.10.7.1. 言语治疗杂志, 言语治疗和听力学。Elsevier
 - 8.10.7.1.1. 链接到网站
 - 8.10.7.2. 中欧融资中心杂志
 - 8.10.7.2.1. 链接到网站
 - 8.10.7.3. 巴西声学学会杂志
 - 8.10.7.3.1. 链接到网站
 - 8.10.8. 表4.表中比较了构音障碍, 言语失调和严重语音障碍的鉴别诊断
 - 8.10.9. 表5.比较表: 症状取决于构音障碍的类型
 - 8.10.10. 构音障碍信息视频
 - 8.10.10.1. 链接到有关构音障碍信息的视频

模块9. 了解听力障碍

9.1. 听觉系统:解剖学和功能基础

9.1.1. 单位简介

9.1.1.1. 初步考虑

9.1.1.2. 声音的概念

9.1.1.3. 噪声的概念

9.1.1.4. 声波的概念

9.1.2. 外耳

9.1.2.1. 外耳的概念和功能

9.1.2.2. 外耳的部分

9.1.3. 中耳

9.1.3.1. 中耳的概念和功能

9.1.3.2. 中耳的各个部分

9.1.4. 内耳

9.1.4.1. 内耳的概念和功能

9.1.4.2. 内耳的各个部分

9.1.5. 听力的生理学

9.1.6. 自然听觉如何工作

9.1.6.1. 自然听力的概念

9.1.6.2. 不受干扰的听觉机制

9.2. 听力损失

9.2.1. 听力损失

9.2.1.1. 听力损失的概念

9.2.1.2. 听力损失的症状

9.2.2. 听觉系统:解剖学和功能基础

9.2.2.1. 传导性听力损失

9.2.2.2. 知觉或感音神经性听力损失

9.2.3. 根据听力损失的程度,对听力损失进行分类

9.2.3.1. 轻度听力损失

9.2.3.2. 中度听力损失

9.2.3.3. 严重的听力损失

9.2.3.4. 严重的听力损失

9.2.4. 根据发病年龄对听力损失进行分类

9.2.4.1. 语前听力损失

9.2.4.2. 间歇性听力损失

9.2.4.3. 语前听力损失

9.2.5. 根据病因对听力损失进行分类

9.2.5.1. 意外的听力损失

9.2.5.2. 因食用耳毒性物质而导致的听力损失

9.2.5.3. 遗传性听力损失

9.2.5.4. 其他可能的原因

9.2.6. 听力损失的风险因素

9.2.6.1. 老龄化

9.2.6.2. 嘈杂的噪音

9.2.6.3. 遗传性因素

9.2.6.4. 休闲运动

9.2.6.5. 其他

9.2.7. 听力损失的普遍性

9.2.7.1. 初步考虑

9.2.7.2. 所有其他国家的听力损失流行率

9.2.8. 听力损失的并发症

9.2.8.1. 听力损失的并发症

9.2.8.2. 相关的疾病

9.2.9. 最常见声音的强度比较

9.2.9.1. 常见噪音的声级

9.2.10. 听力预防

9.2.10.1. 初步考虑

9.2.10.2. 预防的重要性

9.2.10.3. 听力保健的预防方法

9.3. 听力学和听力测量

9.4. 助听器

- 9.4.1. 初步考虑
- 9.4.2. 助听器的历史
- 9.4.3. 什么是助听器?
 - 9.4.3.1. 助听器概念
 - 9.4.3.2. 助听器是如何工作的
 - 9.4.3.3. 设备的描述
- 9.4.4. 助听器验配要求和试戴助听器
 - 9.4.4.1. 初步考虑
 - 9.4.4.2. 助听器验配要求
 - 9.4.4.3. 如何安装助听器?
- 9.4.5. 什么时候不建议配戴助听器
 - 9.4.5.1. 初步考虑
 - 9.4.5.2. 是什么影响了听力护理专家的最终决定?
- 9.4.6. 助听器验配的成功与失败
 - 9.4.6.1. 影响助听器验配成功的因素
 - 9.4.6.2. 影响助听器验配失败的因素
- 9.4.7. 助听器有效性, 安全性和伦理问题的证据分析
 - 9.4.7.1. 助听器的有效性
 - 9.4.7.2. 助听器安全
 - 9.4.7.3. 助听器的伦理问题
- 9.4.8. 助听器的适应症和禁忌症
 - 9.4.8.1. 初步考虑
 - 9.4.8.2. 助听器的适应症
 - 9.4.8.3. 助听器禁忌症
- 9.4.9. 目前的助听器型号
 - 9.4.9.1. 简介
 - 9.4.9.2. 目前不同的助听器型号
- 9.4.10. 最后的结论

9.5. 人工耳蜗

- 9.5.1. 单位简介
- 9.5.2. 人工耳蜗的历史
- 9.5.3. 什么是人工耳蜗?
 - 9.5.3.1. 人工耳蜗的概念
 - 9.5.3.2. 人工耳蜗是如何工作的
 - 9.5.3.3. 设备的描述
- 9.5.4. 植入人工耳蜗的要求
 - 9.5.4.1. 初步考虑
 - 9.5.4.2. 用户需要满足的物理要求
 - 9.5.4.3. 对用户的心理要求
- 9.5.5. 人工耳蜗植入术
 - 9.5.5.1. 手术
 - 9.5.5.2. 为植入物编程
 - 9.5.5.3. 参与手术和植入物编程的专业人员
- 9.5.6. 什么时候不建议进行人工耳蜗植入
 - 9.5.6.1. 初步考虑
 - 9.5.6.2. 是什么影响了听力护理专家的最终决定?
- 9.5.7. 人工耳蜗植入的成功与失败
 - 9.5.7.1. 影响人工耳蜗植入成功的因素
 - 9.5.7.2. 影响人工耳蜗植入失败的因素
- 9.5.8. 人工耳蜗植入的有效性, 安全性和伦理方面的证据分析
 - 9.5.8.1. 人工耳蜗植入的有效性
 - 9.5.8.2. 人工耳蜗植入的安全性
- 9.5.9. 人工耳蜗植入术的适应症和禁忌症
 - 9.5.9.1. 初步考虑
 - 9.5.9.2. 人工耳蜗植入术的适应症
 - 9.5.9.3. 人工耳蜗植入术的禁忌症
- 9.5.10. 最后的结论

- 9.6. 听力障碍的言语治疗评估工具
 - 9.6.1. 单位简介
 - 9.6.2. 评估期间应考虑的因素
 - 9.6.2.1. 关注程度
 - 9.6.2.2. 仿制品
 - 9.6.2.3. 视觉感知
 - 9.6.2.4. 通讯方式
 - 9.6.2.5. 听证会
 - 9.6.2.5.1. 对意外声音的反应
 - 9.6.2.5.2. 声音检测。你听到什么声音？
 - 9.6.2.5.3. 识别和确认环境和语言的声音
 - 9.6.3. 听力测量和听力图
 - 9.6.3.1. 初步考虑
 - 9.6.3.2. 听力测量的概念
 - 9.6.3.3. 听力图的概念
 - 9.6.3.4. 听力测量和听力图的作用
 - 9.6.4. 评价的第一部分：既往史
 - 9.6.4.1. 病人的一般发展
 - 9.6.4.2. 听力损失的类型和程度
 - 9.6.4.3. 听力损失开始的时间
 - 9.6.4.4. 存在相关的病症
 - 9.6.4.5. 通讯方式
 - 9.6.4.6. 使用或不使用助听器
 - 9.6.4.6.1. 安装日期
 - 9.6.4.6.2. 其他方面
 - 9.6.5. 评价的第二部分：耳鼻喉科医生和修复师
 - 9.6.5.1. 初步考虑
 - 9.6.5.2. 耳鼻喉科医生的报告
 - 9.6.5.2.1. 对客观证据的分析
 - 9.6.5.2.2. 对主观证据的分析
 - 9.6.5.3. 修复师的报告
 - 9.6.6. 评价的第二部分：标准化测试
 - 9.6.6.1. 初步考虑
 - 9.6.6.2. 语音测听
 - 9.6.6.2.1. 玲测试
 - 9.6.6.2.2. 名称测试
 - 9.6.6.2.3. 早期言语感知测试 (ESP)
 - 9.6.6.2.4. 区别特征测试
 - 9.6.6.2.5. 元音识别测试
 - 9.6.6.2.6. 辅音识别测试
 - 9.6.6.2.7. 单音节识别测试
 - 9.6.6.2.8. 双音节识别测试
 - 9.6.6.2.9. 短语识别测试
 - 9.6.6.2.9.1. 有支持的开放式选择句子测试
 - 9.6.6.2.9.2. 不支持开放选择的句子测试
 - 9.6.6.3. 口头语言测试/测验
 - 9.6.6.3.1. 雷内尔语言发展量表
 - 9.6.6.3.2. ITPA
 - 9.6.6.3.3. Monfort诱导的语音注册
 - 9.6.6.3.4. 麦克阿瑟
 - 9.6.6.3.5. 玻姆的基本概念测试
 - 9.6.7. 听力障碍的语言治疗报告必须包含的要素
 - 9.6.7.1. 初步考虑
 - 9.6.7.2. 重要和基本要素
 - 9.6.7.3. 言语治疗报告在听觉康复中的重要性
 - 9.6.8. 在学校背景下对听障儿童的评估
 - 9.6.8.1. 接受采访的专业人士
 - 9.6.8.1.1. 辅导员
 - 9.6.8.1.2. 教师
 - 9.6.8.1.3. 听力和语言教师
 - 9.6.8.1.4. 其他
 - 9.6.9. 早期检测
 - 9.6.9.1. 初步考虑
 - 9.6.9.2. 早期诊断的重要性
 - 9.6.9.3. 为什么在孩子较小的时候进行语言评估会更有效？
 - 9.6.10. 最后的结论

9.7. 言语治疗师在听力障碍干预中的作用

9.7.1. 单位简介

9.7.1.1. 根据Perier的分类(1987), 方法学方法

9.7.1.2. 单语口语方法

9.7.1.3. 双语方法

9.7.1.4. 混合方法

9.7.2. 助听器或人工耳蜗植入后的康复有什么不同吗?

9.7.3. 种植前儿童的后期干预

9.7.4. 舌尖后儿童的植入后干预

9.7.4.1. 单位简介

9.7.4.2. 听力康复的各个阶段

9.7.4.2.1. 声音检测阶段

9.7.4.2.2. 歧视阶段

9.7.4.2.3. 识别阶段

9.7.4.2.4. 认可阶段

9.7.4.2.5. 了解阶段

9.7.5. 有助于康复的活动

9.7.5.1. 检测阶段的活动

9.7.5.2. 歧视阶段的活动

9.7.5.3. 识别阶段的活动

9.7.5.4. 承认阶段的活动

9.7.5.5. 理解阶段的活动

9.7.6. 家庭在康复过程中的作用

9.7.6.1. 家庭指南

9.7.6.2. 父母是否应该出席会议?

9.7.7. 干预期间跨学科团队的重要性

9.7.7.1. 初步考虑

9.7.7.2. 为什么跨学科团队的重要性?

9.7.7.3. 参与康复的专业人员

9.7.8. 学校环境的策略

9.7.8.1. 初步考虑

9.7.8.2. 沟通策略

9.7.8.3. 方法论战略

9.7.8.4. 改编文本的策略

9.7.9. 适用于听力学中语言干预的材料和资源

9.7.9.1. 我们自己制造的有用材料

9.7.9.2. 市场上的有用材料

9.7.9.3. 有用的技术资源

9.7.10. 最后的结论

9.8. 双模态交流

9.8.1. 单位简介

9.8.2. 什么是双模式沟通

9.8.2.1. 概念

9.8.2.2. 功能

9.8.3. 双模态沟通的要素

9.8.3.1. 初步考虑

9.8.3.2. 双模态沟通的要素

9.8.3.2.1. 潘多拉的姿态

9.8.3.2.2. 手语的要素

9.8.3.2.3. 自然的手势

9.8.3.2.4. 痴人说梦"的姿态

9.8.3.2.5. 其他要素

9.8.4. 使用双模式交流的目标和优势

9.8.4.1. 初步考虑

9.8.4.2. 双模态通信的优势

9.8.4.2.1. 关于接待时的讲话

9.8.4.2.2. 关于言语中的言语

9.8.4.3. 与其他辅助性和替代性交流系统相比, 双模交流的优势在于

9.8.5. 我们应该在什么时候考虑使用双模式交流?

9.8.5.1. 初步考虑

9.8.5.2. 需要考虑的因素

9.8.5.3. 作出决定的专业人员

9.8.5.4. 家庭作用的重要性

9.8.6. 双模式交流的促进作用

9.8.6.1. 初步考虑

9.8.6.2. 间接影响

9.8.6.3. 直接影响

- 9.8.7. 不同语言领域的双模态交流
 - 9.8.7.1. 初步考虑
 - 9.8.7.2. 双模态交流和理解
 - 9.8.7.3. 双模态交流和表达
- 9.8.8. 双模态传播中的实施形式
- 9.8.9. 以学习和实施双模式系统为导向的方案
 - 9.8.9.1. 初步考虑
 - 9.8.9.2. 介绍由CLIC和NeoBook创作工具支持的双模态交流
 - 9.8.9.3. 双模态2000
- 9.8.10. 最后的结论
- 9.10. 手语翻译的形象 (ILSE)
 - 9.10.1. 单位简介
 - 9.10.2. 口译的历史
 - 9.10.2.1. 口语翻译的历史
 - 9.10.2.2. 手语翻译的历史
 - 9.10.2.3. 手语翻译作为一种职业
 - 9.10.3. 手语译员 (ILSE)
 - 9.10.3.1. 概念
 - 9.10.3.2. ILSE专业人士的简介
 - 9.10.3.2.1. 个人特征
 - 9.10.3.2.2. 智力特征
 - 9.10.3.2.3. 道德特征
 - 9.10.3.2.4. 一般知识
 - 9.10.3.3. 手语翻译不可缺少的作用
 - 9.10.3.4. 口译中的专业精神
 - 9.10.4. 解释的方法
 - 9.10.4.1. 口译的特点
 - 9.10.4.2. 解释的目的
 - 9.10.4.3. 口译是一种交际和文化的互动
 - 9.10.4.4. 口译的类型
 - 9.10.4.4.1. 交替传译
 - 9.10.4.4.2. 同声传译
 - 9.10.4.4.3. 在电话中进行口译
 - 9.10.4.4.4. 解读书面文本
 - 9.10.5. 口译过程的组成部分
 - 9.10.5.1. 信息
 - 9.10.5.2. 感知
 - 9.10.5.3. 联络系统
 - 9.10.5.4. 理解力
 - 9.10.5.5. 解释
 - 9.10.5.6. 评价
 - 9.10.5.7. 涉及的人力资源
 - 9.10.6. 解释机制要素的关系
 - 9.10.6.1. 莫泽的假设性同声传译模式
 - 9.10.6.2. 科洛莫斯的解释工作模式
 - 9.10.6.3. 科克利的口译过程模式
 - 9.10.7. 口译技术
 - 9.10.7.1. 专注力和注意力
 - 9.10.7.2. 记忆
 - 9.10.7.3. 记笔记
 - 9.10.7.4. 言语流畅, 思维敏捷
 - 9.10.7.5. 词汇建设的资源
 - 9.10.8. ILSE的行动领域
 - 9.10.8.1. 一般服务
 - 9.10.8.2. 具体服务
 - 9.10.8.3. 在其他欧洲国家组织ILS服务
 - 9.10.9. 手语翻译协会
 - 9.10.9.1. 欧洲的ILS协会
 - 9.10.9.2. 世界其他地区的ILS协会

模块10.对语言治疗领域感兴趣的心理学知识

10.1. 儿童和青少年心理学

10.1.1. 儿童和青少年心理学的第一种方法

- 10.1.1.1. 儿童和青少年心理学的知识领域是研究什么的?
- 10.1.1.2. 这些年来,它是如何演变的?
- 10.1.1.3. 一个心理学家可以遵循哪些不同的理论取向?
- 10.1.1.4. 认知-行为模式

10.1.2. 儿童和青少年时期的心理症状和精神障碍

- 10.1.2.1. 迹象,症状和综合征之间的区别
- 10.1.2.2. 精神障碍的定义
- 10.1.2.3. 精神障碍的分类。DSM 5和ICD-10
- 10.1.2.4. 心理问题或困难与精神障碍之间的区别
- 10.1.2.5. 合并症
- 10.1.2.6. 接受心理护理的常见问题

10.1.3. 与儿童和青少年打交道的专业人员的技能

- 10.1.3.1. 基本知识
- 10.1.3.2. 专业人员的个人特点和技能
- 10.1.3.3. 沟通技巧
- 10.1.3.4. 在咨询中播放

10.1.4. 儿童和青少年的心理评估和干预的主要程序

- 10.1.4.1. 儿童和青少年的决定和请求帮助的情况
- 10.1.4.2. 访谈
- 10.1.4.3. 建立假设和评估工具
- 10.1.4.4. 功能分析和解释困难的假说
- 10.1.4.5. 目标设定
- 10.1.4.6. 心理干预
- 10.1.4.7. 后续治疗
- 10.1.4.8. 心理报告:主要方面

10.1.5. 与其他与儿童有关的人合作的好处

- 10.1.5.1. 父母
- 10.1.5.2. 教育专业人士
- 10.1.5.3. 语言治疗师
- 10.1.5.4. 心理学家
- 10.1.5.5. 其他专业人员

10.1.6. 从语言治疗师的角度看心理学的兴趣

- 10.1.6.1. 预防的重要性
- 10.1.6.2. 心理症状对语言康复的影响
- 10.1.6.3. 知道如何检测可能的心理症状的相关性
- 10.1.6.4. 转介给适当的专业人士

10.2. 内化问题:焦虑

10.2.1. 焦虑的概念

10.2.2. 检测:主要表现形式

- 10.2.2.1. 情感方面
- 10.2.2.2. 认知层面
- 10.2.2.3. 心理生理学方面
- 10.2.2.4. 行为方面

10.2.3. 焦虑症的风险因素

- 10.2.3.1. 个人
- 10.2.3.2. 语境性

10.2.4. 概念上的差异

- 10.2.4.1. 焦虑和压力
- 10.2.4.2. 焦虑和恐惧
- 10.2.4.3. 焦虑和恐惧症

10.2.5. 儿童和青少年时期的恐惧感

- 10.2.5.1. 发展性恐惧和病理性恐惧之间的区别
- 10.2.5.2. 婴儿的发育恐惧症
- 10.2.5.3. 学龄前儿童的发育恐惧症
- 10.2.5.4. 在学校阶段的发展恐惧
- 10.2.5.5. 青春期阶段的主要恐惧和担忧

10.2.6. 一些主要的儿童和青少年焦虑症和问题

- 10.2.6.1. 学校拒绝
 - 10.2.6.1.1. 概念
 - 10.2.6.1.2. 概念的划定:学校焦虑,学校拒绝和学校恐惧症
 - 10.2.6.1.3. 主要症状
 - 10.2.6.1.4. 普遍性
 - 10.2.6.1.5. 病因学

10.2.6.2. 对黑暗的病态恐惧

10.2.6.2.1. 概念

10.2.6.2.2. 主要症状

10.2.6.2.3. 普遍性

10.2.6.2.4. 病因学

10.2.6.3. 分离焦虑症

10.2.6.3.1. 概念

10.2.6.3.2. 主要症状

10.2.6.3.3. 普遍性

10.2.6.3.4. 病因学

10.2.6.4. 特定恐惧症

10.2.6.4.1. 概念

10.2.6.4.2. 主要症状

10.2.6.4.3. 普遍性

10.2.6.4.4. 病因学

10.2.6.5. 社交恐惧症

10.2.6.5.1. 概念

10.2.6.5.2. 主要症状

10.2.6.5.3. 普遍性

10.2.6.5.4. 病因学

10.2.6.6. 恐慌症

10.2.6.6.1. 概念

10.2.6.6.2. 主要症状

10.2.6.6.3. 普遍性

10.2.6.6.4. 病因学

10.2.6.7. 恐高症

10.2.6.7.1. 概念

10.2.6.7.2. 主要症状

10.2.6.7.3. 普遍性

10.2.6.7.4. 病因学

10.2.6.8. 广泛性焦虑症

10.2.6.8.1. 概念

10.2.6.8.2. 主要症状

10.2.6.8.3. 普遍性

10.2.6.8.4. 病因学

10.2.6.9. 强迫症

10.2.6.9.1. 概念

10.2.6.9.2. 主要症状

10.2.6.9.3. 普遍性

10.2.6.9.4. 病因学

10.2.6.10. 创伤后应激障碍 10.2.6.10.5.

10.2.6.10.1. 概念

10.2.6.10.2. 主要症状

10.2.6.10.3. 普遍性

10.2.6.10.4. 病因学

10.2.7. 焦虑症状对语言康复的可能干扰

10.2.7.1. 在衔接康复方面

10.2.7.2. 在扫盲康复方面

10.2.7.3. 在语音康复方面

10.2.7.4. 在呼吸困难的康复中

10.3. 内部化问题:抑郁症

10.3.1. 概念

10.3.2. 检测:主要表现形式

10.3.2.1. 情感方面

10.3.2.2. 认知层面

10.3.2.3. 心理生理学方面

10.3.2.4. 行为方面

10.3.3. 抑郁症的风险因素

10.3.3.1. 个人

10.3.3.2. 语境性

10.3.4. 抑郁症状在发展过程中的演变

10.3.4.1. 儿童的症状

10.3.4.2. 青少年的症状

10.3.4.3. 成人的症状

- 10.3.5. 儿童和青少年抑郁症的一些主要病症和问题
 - 10.3.5.1. 主要抑郁症
 - 10.3.5.1.1. 概念
 - 10.3.5.1.2. 主要症状
 - 10.3.5.1.3. 普遍性
 - 10.3.5.1.4. 病因学
 - 10.3.5.2. 持续的抑郁症
 - 10.3.5.2.1. 概念
 - 10.3.5.2.2. 主要症状
 - 10.3.5.2.3. 普遍性
 - 10.3.5.2.4. 病因学
 - 10.3.5.3. 破坏性情绪调节紊乱症
 - 10.3.5.3.1. 概念
 - 10.3.5.3.2. 主要症状
 - 10.3.5.3.3. 普遍性
 - 10.3.5.3.4. 病因学
- 10.3.6. 抑郁症状对语言治疗康复的干扰
 - 10.3.6.1. 在衔接康复方面
 - 10.3.6.2. 在扫盲康复方面
 - 10.3.6.3. 在语音康复方面
 - 10.3.6.4. 在呼吸困难的康复中
- 10.4. 外化型的问题:主要的破坏性行为及其特点
 - 10.4.1. 导致行为问题发展的因素
 - 10.4.1.1. 在童年时
 - 10.4.1.2. 在青少年时期
 - 10.4.2. 不听话和攻击性行为
 - 10.4.2.1. 不服从命令
 - 10.4.2.1.1. 概念
 - 10.4.2.1.2. 示范活动
 - 10.4.2.2. 攻击性
 - 10.4.2.2.1. 概念
 - 10.4.2.2.2. 示范活动
 - 10.4.2.2.3. 攻击性行为的类型
 - 10.4.3. 一些主要的儿童和青少年行为障碍
 - 10.4.3.1. 逆反心理障碍
 - 10.4.3.1.1. 概念
 - 10.4.3.1.2. 主要症状
 - 10.4.3.1.3. 促成因素
 - 10.4.3.1.4. 普遍性
 - 10.4.3.1.5. 病因学
 - 10.4.3.2. 行为紊乱
 - 10.4.3.2.1. 概念
 - 10.4.3.2.2. 主要症状
 - 10.4.3.2.3. 促成因素
 - 10.4.3.2.4. 普遍性
 - 10.4.3.2.5. 病因学
 - 10.4.4. 多动性和冲动性
 - 10.4.4.1. 多动症及其表现
 - 10.4.4.2. 多动症和破坏性行为之间的关系
 - 10.4.4.3. 多动症和冲动行为在发展过程中的演变
 - 10.4.4.4. 与多动/冲动有关的问题
 - 10.4.5. 妒忌
 - 10.4.5.1. 概念
 - 10.4.5.2. 主要表现形式
 - 10.4.5.3. 可能的原因
 - 10.4.6. 吃饭和睡觉时的行为问题
 - 10.4.6.1. 常见的睡前问题
 - 10.4.6.2. 吃饭时的通常问题
 - 10.4.7. 行为问题对语言康复的干扰
 - 10.4.7.1. 在衔接康复方面
 - 10.4.7.2. 在扫盲康复方面
 - 10.4.7.3. 在语音康复方面
 - 10.4.7.4. 在呼吸困难的康复中

- 10.5. 注意
 - 10.5.1. 概念
 - 10.5.2. 参与注意过程的大脑区域和主要特征
 - 10.5.3. 注意力的分类
 - 10.5.4. 注意力对语言的影响
 - 10.5.5. 注意力缺失对语言康复的影响
 - 10.5.5.1. 在衔接康复方面
 - 10.5.5.2. 在扫盲康复方面
 - 10.5.5.3. 在语音康复方面
 - 10.5.5.4. 在呼吸困难的康复中
 - 10.5.6. 促进不同类型注意力的具体策略
 - 10.5.6.1. 有利于持续关注任务
 - 10.5.6.2. 有利于选择性注意的任务
 - 10.5.6.3. 有利于分散注意力的任务
 - 10.5.7. 与其他专业人士协调干预的重要性
- 10.6. 执行功能
 - 10.6.1. 概念
 - 10.6.2. 参与执行功能的大脑区域和主要特征
 - 10.6.3. 执行功能的组成部分
 - 10.6.3.1. 言语流畅性
 - 10.6.3.2. 认知的灵活性
 - 10.6.3.3. 规划和组织
 - 10.6.3.4. 抑制
 - 10.6.3.5. 做决定
 - 10.6.3.6. 推理和抽象思维
 - 10.6.4. 执行功能对语言的影响
 - 10.6.5. 训练执行功能的具体策略
 - 10.6.5.1. 促进言语流畅的策略
 - 10.6.5.2. 促进认知灵活性的策略
 - 10.6.5.3. 规划和组织的策略
 - 10.6.5.4. 促进抑制的策略
 - 10.6.5.5. 促进决策的策略
 - 10.6.5.6. 支持推理和抽象思维的策略
 - 10.6.6. 与其他专业人士协调干预的重要性
- 10.7. 社会技能: 相关概念
 - 10.7.1. 社会技能
 - 10.7.1.1. 概念
 - 10.7.1.2. 社会技能的重要性
 - 10.7.1.3. 社会技能的不同组成部分
 - 10.7.1.4. 社会技能的维度
 - 10.7.2. 沟通
 - 10.7.2.1. 沟通困难
 - 10.7.2.2. 有效沟通
 - 10.7.2.3. 沟通的组成部分
 - 10.7.2.3.1. 言语交流的特点
 - 10.7.2.3.2. 非语言沟通的特点及其组成部分
 - 10.7.3. 交际方式
 - 10.7.3.1. 抑制的风格
 - 10.7.3.2. 积极进取的风格
 - 10.7.3.3. 坚定的风格
 - 10.7.3.4. 自信的沟通方式的好处
 - 10.7.4. 父母的教育方式
 - 10.7.4.1. 概念
 - 10.7.4.2. 纵容放任的教养方式
 - 10.7.4.3. 忽视的放任风格
 - 10.7.4.4. 专制的教育风格
 - 10.7.4.5. 民主的教育风格
 - 10.7.4.6. 儿童和青少年不同教育方式的后果
 - 10.7.5. 情绪智力
 - 10.7.5.1. 个人内部和个人之间的情绪智力
 - 10.7.5.2. 基本情绪
 - 10.7.5.3. 识别自己和他人的情绪的重要性
 - 10.7.5.4. 情绪调节
 - 10.7.5.5. 促进充分情绪调节的策略

- 10.7.6. 自尊心
 - 10.7.6.1. 自尊的概念
 - 10.7.6.2. 自我概念和自尊之间的区别
 - 10.7.6.3. 自尊心缺失的特点
 - 10.7.6.4. 与自尊心缺失有关的因素
 - 10.7.6.5. 促进自尊的策略
- 10.7.7. 同理心
 - 10.7.7.1. 同理心的概念
 - 10.7.7.2. 同理心与同情心一样吗?
 - 10.7.7.3. 同理心的类型
 - 10.7.7.4. 心智理论
 - 10.7.7.5. 促进移情的策略
 - 10.7.7.6. 在心智理论方面的工作策略
- 10.8. 社会技能二:处理不同情况的具体准则
 - 10.8.1. 交际意图
 - 10.8.1.1. 开始谈话时需要考虑的因素
 - 10.8.1.2. 发起对话的具体准则
 - 10.8.2. 在开始的谈话中介绍自己的情况
 - 10.8.2.1. 进入主动对话的具体准则
 - 10.8.3. 保持对话
 - 10.8.3.1. 积极倾听
 - 10.8.3.2. 保持对话的具体准则
 - 10.8.4. 对话结束
 - 10.8.4.1. 结束谈话时遇到的困难
 - 10.8.4.2. 结束谈话时的自信风格
 - 10.8.4.3. 在不同情况下结束谈话的具体准则
 - 10.8.5. 提出要求
 - 10.8.5.1. 提出要求的非主张性方式
 - 10.8.5.2. 以自信的方式提出要求的的具体准则
 - 10.8.6. 拒绝请求
 - 10.8.6.1. 拒绝请求的非主张性方式
 - 10.8.6.2. 以坚定的方式拒绝请求的具体准则
 - 10.8.7. 给予和接受赞美
 - 10.8.7.1. 给予赞美的具体准则
 - 10.8.7.2. 以自信的方式接受赞美的具体准则
 - 10.8.8. 回应批评
 - 10.8.8.1. 应对批评的非自信方式
 - 10.8.8.2. 对批评作出坚定反应的具体准则
 - 10.8.9. 要求改变行为
 - 10.8.9.1. 要求改变行为的原因
 - 10.8.9.2. 要求改变行为的具体策略
 - 10.8.10. 管理人际间的冲突
 - 10.8.10.1. 冲突的类型
 - 10.8.10.2. 应对冲突的非自信方式
 - 10.8.10.3. 坚定地处理冲突的具体策略
- 10.9. 咨询中的行为矫正策略和提高幼儿咨询积极性的策略
 - 10.9.1. 什么是行为矫正技术?
 - 10.9.2. 基于操作性条件反射的技术
 - 10.9.3. 适当行为的启动,发展和普及的技术
 - 10.9.3.1. 正面强化
 - 10.9.3.2. 代币经济
 - 10.9.4. 减少或消除不适当行为的技巧
 - 10.9.4.1. 灭亡
 - 10.9.4.2. 强化不相容的行为
 - 10.9.4.3. 回应费用和撤销特权
 - 10.9.5. 惩罚
 - 10.9.5.1. 概念
 - 10.9.5.2. 主要缺点
 - 10.9.5.3. 实施惩罚的准则
 - 10.9.6. 激励
 - 10.9.6.1. 概念和主要特点
 - 10.9.6.2. 激励的类型
 - 10.9.6.3. 主要的解释理论
 - 10.9.6.4. 信念和其他变量对动机的影响
 - 10.9.6.5. 积极性低下的主要表现
 - 10.9.6.6. 促进咨询动机的准则

10.10. 学校失败从语言治疗和心理学的角度看学习习惯和技巧

10.10.1. 学校失败的概念

10.10.2. 学校失败的原因

10.10.3. 儿童学业失败的后果

10.10.4. 影响学校成功的因素

10.10.5. 为了在学校取得好成绩, 应该注意什么?

10.10.5.1. 睡眠

10.10.5.2. 营养学

10.10.5.3. 体育活动

10.10.6. 父母的作用

10.10.7. 一些可以帮助儿童和青少年的学习指南和技巧

10.10.7.1. 研究环境

10.10.7.2. 学习组织和计划

10.10.7.3. 计算时间

10.10.7.4. 下划线技术

10.10.7.5. 提纲

10.10.7.6. 记忆法则

10.10.7.7. 修订版

10.10.7.8. 休息时间

模块11. 语音的解剖学, 生理学和生物力学的基础知识

11.1. 喉的系统发育和胚胎学

11.1.1. 喉部系统发育

11.1.2. 喉部胚胎学

11.2. 生理学的基本概念

11.2.1. 肌肉组织

11.2.2. 肌肉纤维的类型

11.3. 呼吸系统的结构

11.3.1. 胸部

11.3.2. 呼吸通道

11.4. 呼吸系统的肌肉组织

11.4.1. 呼吸肌

11.4.2. 呼吸肌

11.5. 呼吸系统的生理学

11.5.1. 呼吸系统的功能

11.5.2. 肺容量和容积

11.5.3. 肺部神经系统

11.5.4. 静止时的呼吸作用VS发声时的呼吸

11.6. 喉部解剖学和生理学

11.6.1. 喉部骨架

11.6.2. 喉软骨

11.6.3. 韧带和膜

11.6.4. 关节

11.6.5. 肌肉组织

11.6.6. 血管化

11.6.7. 喉部神经支配

11.6.8. 淋巴系统

11.7. 声带的结构和功能

11.7.1. 声带的组织学

11.7.2. 声带的生物力学特性

11.7.3. 震荡周期的各个阶段

11.7.4. 基准频率

11.8. 声道的解剖学和生理学

11.8.1. 鼻腔

11.8.2. 口腔

11.8.3. 喉腔

11.8.4. 线性和非线性源和滤波器理论

11.9. 语音产生的理论

11.9.1. 历史回顾

11.9.2. 埃瓦尔德的原始肌体弹性理论

11.9.3. 胡森的神经中轴线理论

11.9.4. 昏睡理论和完成的空气动力学理论

11.9.5. 神经震荡理论

11.9.6. 奥西罗-阻抗理论

11.9.7. 质量弹簧模型

- 11.10. 语音的生理学
 - 11.10.1. 语音的神经系统控制
 - 11.10.2. 压力
 - 11.10.3. 阈值
 - 11.10.4. 振动周期的开始和结束
 - 11.10.5. 喉部调整发声欧洲联盟的结构和运作了解声带的组织学

模块12.客观的声音探索

- 12.1. 形状功能检查
 - 12.1.1. 间接喉镜检查
 - 12.1.2. 鼻腔纤维喉镜检查
 - 12.1.3. 远程喉镜检查
 - 12.1.4. 频谱仪
 - 12.1.5. 录像-化验学
- 12.2. 喉镜检查
 - 12.2.1. 设备
 - 12.2.2. 使用
 - 12.2.3. 喉部电图参数
 - 12.2.4. 对结果的解释
- 12.3. 空气动力学测量
 - 12.3.1. 设备
 - 12.3.2. 使用
 - 12.3.3. 空气动力学参数
 - 12.3.4. 对结果的解释
- 12.4. 肌电图
 - 12.4.1. 什么是EMG?
 - 12.4.2. 指示的病症
 - 12.4.3. 程序
 - 12.4.4. 对结果的解释
- 12.5. 录像-化验学
 - 12.5.1. 什么是VKG?
 - 12.5.2. 对结果的解释

- 12.6. 语音的物理方面
 - 12.6.1. 波浪的类型
 - 12.6.2. 振幅
 - 12.6.3. 频率
 - 12.6.4. 时间
- 12.7. 语音的声学方面
 - 12.7.1. 强度
 - 12.7.2. 沥青
 - 12.7.3. 时间
 - 12.7.4. 质量
- 12.8. 声学语音分析
 - 12.8.1. 基准频率
 - 12.8.2. 谐波
 - 12.8.3. 阵线
 - 12.8.4. 语音声学
 - 12.8.5. 频谱图
 - 12.8.6. 破坏性措施
 - 12.8.7. 噪声测量
 - 12.8.8. 语音实验室/设备
 - 12.8.9. 样品收集
 - 12.8.10. 对结果的解释

模块13.语音的功能评估

- 13.1. 语音的功能评估
 - 13.1.1. GRBAS
 - 13.1.2. RASAT
 - 13.1.3. GBR得分
 - 13.1.4. CAPE-V
 - 13.1.5. VPAS
- 13.2. 声带功能的评估
 - 13.2.1. 基准频率
 - 13.2.2. Phonetogram
 - 13.2.3. 最大发声时间
 - 13.2.4. 腭效率

- 13.2.5. VHI
- 13.3. 病历
 - 13.3.1. 临床病史的重要性
 - 13.3.2. 初次面谈的特点
 - 13.3.3. 病史项目和对语音的影响
 - 13.3.4. 声带病理诊断模式的建议
- 13.4. 身体评估
 - 13.4.1. 介绍
 - 13.4.2. 姿态
 - 13.4.2.1. 理想或正确的姿态
 - 13.4.3. 声音与姿势的关系
 - 13.4.4. 姿势评估
- 13.5. 呼吸评估
 - 13.5.1. 呼吸系统功能
 - 13.5.2. 呼吸-声音的关系
 - 13.5.3. 需要评估的方面
- 13.6. 口腔系统的评估
 - 13.6.1. 口腔颌面系统
 - 13.6.2. 口颌系统与发声的关系
 - 13.6.3. 评估
- 13.7. 评估发声功能
 - 13.7.1. 声乐质量
 - 13.7.2. 高质量的语音vs语音质量低
 - 13.7.3. 嗓音从业者的声乐质量评估
- 13.8. 声带功能评估软件
 - 13.8.1. 介绍
 - 13.8.2. 免费软件

- 13.8.3. 付费软件
- 13.9. 用于收集数据和评估发声功能的材料
 - 13.9.1. 病历
 - 13.9.2. 阅读西班牙文的语音样本采集文本
 - 13.9.3. 感知性评估(在病史和病历后)
 - 13.9.4. 自我评估
 - 13.9.5. 评估发声功能
 - 13.9.6. 呼吸评估
 - 13.9.7. 口腔医学评估
 - 13.9.8. 姿势评估
 - 13.9.9. 声乐质量的声学分析

模块14.正常的声音对。病态的声音

- 14.1. 正常的声音和病态的声音
 - 14.1.1. 失音症VS发音困难症
 - 14.1.2. 声音的类型
- 14.2. 声带疲劳
 - 14.2.1. 简介
 - 14.2.1.1. 避免发声疲劳的技巧
 - 14.2.2. 综合性
- 14.3. 肌张力障碍的声音征兆
 - 14.3.1. 第一次演示
 - 14.3.2. 声学特征
 - 14.3.3. 严重程度
- 14.4. 功能性发音障碍
 - 14.4.1. I型:等长的喉部功能障碍
 - 14.4.2. II型:声门外侧和声门上侧收缩
 - 14.4.3. III型:声门前上收缩
 - 14.4.4. IV型:失声/转换性发音障碍

- 14.4.5. 青少年的过渡性发音障碍
- 14.5. 精神性发音障碍
 - 14.5.1. 定义
 - 14.5.2. 患者特征
 - 14.5.3. 精神性发音障碍的体征和声音特征
 - 14.5.4. 临床形式
 - 14.5.5. 精神性发音障碍的诊断和治疗
 - 14.5.6. 综合性
- 14.6. 过渡期的青少年失语症
 - 14.6.1. 声乐静音
 - 14.6.2. 青少年过渡性发音障碍的概念
 - 14.6.3. 治疗
 - 14.6.4. 综合性
- 14.7. 先天性有机病变引起的发音障碍
 - 14.7.1. 介绍
 - 14.7.2. 脊柱内表皮囊肿
 - 14.7.3. 声带凹陷
 - 14.7.4. 粘液桥
 - 14.7.5. 视觉效果
 - 14.7.6. 显微系统 (Microsynekias)
 - 14.7.7. 咽喉畸形
 - 14.7.8. 综合性
- 14.8. 后天性有机呼吸障碍
 - 14.8.1. 简介
 - 14.8.2. 神经性虹膜炎
 - 14.8.2.1. 周围性喉瘫痪
 - 14.8.2.2. 上运动神经元紊乱
 - 14.8.2.3. 锥体外系疾病
 - 14.8.2.4. 小脑疾病
 - 14.8.2.5. 下运动神经元紊乱
 - 14.8.2.6. 其他破坏
 - 14.8.3. 后天形成的器质性发音障碍
 - 14.8.3.1. 外伤源
 - 14.8.3.2. 炎症性

- 14.8.3.3. 肿瘤引起的发音障碍
- 14.8.4. 综合性
- 14.9. 混合性虹膜炎
 - 14.9.1. 简介
 - 14.9.2. 声带小结
 - 14.9.3. 喉部息肉
 - 14.9.4. 莱茵克氏水肿
 - 14.9.5. 声带出血
 - 14.9.6. 接触性溃疡或肉芽肿
 - 14.9.7. 潴留性粘液囊肿
 - 14.9.8. 综合性

模块15.声带病症的内外科治疗

- 15.1. 嗓音外科
 - 15.1.1. 对齐的声学手术
 - 15.1.2. 脐带切除术
 - 15.1.3. 注射技术
- 15.2. 喉部手术
 - 15.2.1. 甲状腺整形术
 - 15.2.2. 喉部神经外科
 - 15.2.3. 喉部恶性病变的手术治疗
- 15.3. 肌张力障碍的药物治疗
 - 15.3.1. 调节呼吸系统方面的药物治疗
 - 15.3.2. 调节消化系统方面的药物治疗
 - 15.3.3. 调控非自主神经系统的药物治疗
 - 15.3.4. 药物治疗的类型注射技术

模块16. 语音治疗治疗语音障碍

- 16.1. 多学科团队在治疗方法中的重要性
 - 16.1.1. 简介
 - 16.1.2. 团队合作
 - 16.1.2.1. 多学科工作的特点
 - 16.1.3. 多学科工作中的声带病理学方法
- 16.2. 言语治疗的适应症和限制
 - 16.2.1. 发声障碍的普遍性
 - 16.2.2. 治疗的适应症
 - 16.2.3. 治疗的局限性和限制
 - 16.2.4. 对治疗的依从性
- 16.3. 一般干预目标
 - 16.3.1. 所有声乐工作的总体目标
 - 16.3.2. 如何实现总体目标?
- 16.4. 肌肉调节
 - 16.4.1. 语音是一种肌肉活动
 - 16.4.2. 培训的一般方面
 - 16.4.3. 培训的原则
- 16.5. 呼吸调节
 - 16.5.1. 声乐治疗中呼吸工作的原理
 - 16.5.2. 方法
 - 16.5.3. 有促进作用的静态练习
 - 16.5.4. 塞米苏平
 - 16.5.5. 中立或猴位
 - 16.5.6. 有促进作用的动态练习
- 16.6. 卫生疗法
 - 16.6.1. 简介
 - 16.6.2. 有害的习惯及其对声音的影响
 - 16.6.3. 预防措施
- 16.7. 保密的语音治疗
 - 16.7.1. 该方法的历史
 - 16.7.2. 理论和原则
 - 16.7.3. 该疗法的用途
- 16.8. 共振式语音治疗
 - 16.8.1. 方法的描述
 - 16.8.2. 喉部行为
 - 16.8.3. 应用和好处
- 16.9. 重音法
 - 16.9.1. 简介
 - 16.9.2. 理论和方法
 - 16.9.3. 方法
- 16.10. 声乐功能练习
 - 16.10.1. 简介
 - 16.10.2. 辩解
 - 16.10.3. 方法
- 16.11. 流利的发音
 - 16.11.1. 简介
 - 16.11.2. 辩解
 - 16.11.3. 方法
- 16.12. Lee Silverman LSVT
 - 16.12.1. 简介
 - 16.12.2. 辩解
 - 16.12.3. 方法
- 16.13. 生理治疗
 - 16.13.1. 辩解
 - 16.13.2. 生理目标
 - 16.13.3. 培训
- 16.14. 半封闭式声道练习
 - 16.14.1. 简介
 - 16.14.2. 辩解
 - 16.14.3. TVSO

- 16.15. 手动喉部按摩
 - 16.15.1. 简介
 - 16.15.2. 手动喉周治疗
 - 16.15.3. 喉部按摩技术
 - 16.15.4. 介绍功能和结构技术
 - 16.15.4.1. 颌上肌的琼斯技术
 - 16.15.4.2. 功能性舌骨技术
 - 16.15.4.3. 舌头和舌骨的功能技术
 - 16.15.4.4. 舌头的功能技术
 - 16.15.4.5. 上咽部筋膜的技术
- 16.16. 促进性技术
 - 16.16.1. 简介
 - 16.16.2. 促进技术的描述
- 16.17. 埃斯蒂尔语音培训
 - 16.17.1. 乔-埃斯蒂尔和模型的创建
 - 16.17.2. 埃斯蒂尔语音培训的原则
 - 16.17.3. 描述
- 16.18. PROEL方法
 - 16.18.1. 简介
 - 16.18.2. 原则
 - 16.18.3. 奇闻趣事
- 16.19. NEIRA方法
 - 16.19.1. 简介
 - 16.19.2. 悦耳之音的概念
 - 16.19.3. 该方法的目标
 - 16.19.4. 身体-声音支架
 - 16.19.4.1. 车身工程
 - 16.19.4.2. 呼吸的态度
 - 16.19.4.3. 共振工作
 - 16.19.4.4. 声乐工作
 - 16.19.4.5. 情感工作
- 16.20. 身体, 声音和动作
 - 16.20.1. 简介和理由
 - 16.20.2. 将运动纳入其方案的技术
 - 16.20.3. 实例
- 16.21. 弹性绷带
 - 16.21.1. 历史
 - 16.21.2. 绷带的特点
 - 16.21.3. 影响
 - 16.21.4. 禁忌症
 - 16.21.5. 技术
 - 16.21.5.1. 语音应用
- 16.22. 电激
 - 16.22.1. 简介
 - 16.22.2. 辩解
 - 16.22.3. 方法
- 16.23. 低功率激光器
 - 16.23.1. 历史
 - 16.23.2. 物理概念
 - 16.23.3. 激光类型的分类
 - 16.23.4. 激光方式以及它们与组织的影响
 - 16.23.5. 安全预防措施和禁忌症
 - 16.23.6. 激光在预防和治疗嗓音障碍中的应用

模块17.按病症进行语言治疗

- 17.1. 功能性虹膜炎的言语治疗
 - 17.1.1. 第一类喉部等高症 喉部疾病
 - 17.1.2. 第二类声门外侧和声门上侧的收缩
 - 17.1.3. 第三类声门前上方收缩
 - 17.1.4. 第四类转换性失语/发音障碍
 - 17.1.5. 弓形声带的精神性发音障碍
 - 17.1.6. 青少年的过渡性发音障碍
- 17.2. 原籍国性虹膜炎的言语治疗
 - 17.2.1. 原籍国性虹膜炎的言语治疗先天性
 - 17.2.2. 后天性发音障碍的言语治疗
- 17.3. 原籍国性虹膜炎的言语治疗-
 - 17.3.1. 结节
 - 17.3.2. 息肉
 - 17.3.3. 粘液性囊肿
 - 17.3.4. 其他
- 17.4. 喉切除术后康复
 - 17.4.1. 假体的类型
 - 17.4.2. 食道的声音:食道声:杂音, 食道声, 学习顺序, 食道声特征
 - 17.4.3. 气管食道的声音
 - 17.4.4. 假体患者的声音
- 17.5. 性别改变中的声音处理
 - 17.5.1. 初步考虑
 - 17.5.2. 声音男性化的目标
 - 17.5.3. 嗓音女性化的目标
 - 17.5.4. 语音的声学方面的适应性:元音弦体和覆盖物, 基本频率, 共鸣和音色
 - 17.5.5. 语音的超片段方面

模块18.有声语言的专业使用

- 18.1. 语音专业人员的风险因素
 - 18.1.1. 一般
 - 18.1.2. 教学人员
 - 18.1.3. 人员
 - 18.1.4. 配音
 - 18.1.5. 配音艺术家
 - 18.1.6. 电话接线员
 - 18.1.7. 声带护理的卫生措施计划
- 18.2. 声乐训练的基础和目标
 - 18.2.1. 说话声音的生理学基础
 - 18.2.2. 健康嗓音的声乐训练的目标
- 18.3. 灵活性
 - 18.3.1. 灵活性指的是什么?
 - 18.3.2. 声乐的灵活性
 - 18.3.2.1. 力量
 - 18.3.2.2. 资料来源
 - 18.3.2.3. 过滤器
 - 18.3.2.4. 身体
 - 18.3.2.5. 激动人心
- 18.4. 抵抗力
 - 18.4.1. 什么叫发声阻力
 - 18.4.2. 声带阻力
- 18.5. 沟通:多变的聲音
 - 18.5.1. 理论框架
 - 18.5.2. 旁门左道
 - 18.5.3. 在准语言方面的工作策略
- 18.6. 教师的聲音
 - 18.6.1. 特点
 - 18.6.2. 声乐工作的目标
 - 18.6.3. 工作建议

- 18.7. 演员的声音
 - 18.7.1. 特点
 - 18.7.2. 声乐工作的目标
 - 18.7.3. 工作建议
- 18.8. 配音
 - 18.8.1. 特点
 - 18.8.2. 声乐工作的目标
 - 18.8.3. 工作建议
- 18.9. 配音艺术家
 - 18.9.1. 特点
 - 18.9.2. 声乐工作的目标
 - 18.9.3. 工作建议
- 18.10. 电话接线员
 - 18.10.1. 特点
 - 18.10.2. 声乐工作的目标
 - 18.10.3. 工作建议

模块19.专业歌声

- 19.1. 音乐概念
 - 19.1.1. 简介
 - 19.1.2. 音乐声
 - 19.1.3. 大音阶调性间隔时间
 - 19.1.4. 和弦通常的组合
- 19.2. 说话声音的生理学基础
 - 19.2.1. 电源, 源和过滤器
 - 19.2.2. 排放
 - 19.2.3. 关节
 - 19.2.4. 调音
 - 19.2.5. 声带
- 19.3. 声乐技术的目标
 - 19.3.1. 作为一个机械过程的发声技巧
 - 19.3.2. 训练系统
 - 19.3.3. 健康与疲劳的关系
 - 19.3.4. 声乐技术和艺术部分

- 19.4. 音调
 - 19.4.1. 作为频率的音高
 - 19.4.2. 低频
 - 19.4.3. 使用口语化的声音
 - 19.4.4. 急性病的频率
 - 19.4.5. 延伸和镶嵌度
- 19.5. 强度
 - 19.5.1. 强度的度数
 - 19.5.2. 增加强度的健康方法
 - 19.5.3. 低强度工作
- 19.6. 投射
 - 19.6.1. 如何投射声音
 - 19.6.2. 使用前景, 并的健康方法
 - 19.6.3. 使用或不使用话筒工作
- 19.7. 抵抗运动
 - 19.7.1. 运动员成员
 - 19.7.2. 健康锻炼
 - 19.7.3. 有害的习惯
- 19.8. 感知运动学习的重要性
 - 19.8.1. 本体感觉和肌肉工作的位置
 - 19.8.2. 对声音的本体感觉
- 19.9. 改善歌声的练习
 - 19.9.1. 简介
 - 19.9.2. 金-钱德勒--时髦 "的乐趣
 - 19.9.3. 埃斯蒂尔研究第一卷 - 亚历杭德罗-索林-马丁内斯
 - 19.9.4. 其他出版物
 - 19.9.5. 说明作者的练习汇编
 - 19.9.5.1. 缓解肌肉紧张
 - 19.9.5.2. 在关节, 投射, 共鸣和音调上下功夫
 - 19.9.5.3. 在音域, 音阶和发声不稳定方面下功夫
 - 19.9.5.4. 其他
- 19.10. 按级别改编歌曲的建议
 - 19.10.1. 简介
 - 19.10.2. 类别

模块20.心理学和声音

- 20.1. 语音心理学是一门专业
 - 20.1.1. 语音心理学是一门专业
 - 20.1.2. 语音和心理学之间的关系
 - 20.1.3. 声音作为非语言交流的基本要素
 - 20.1.4. 摘要
- 20.2. 语音和心理学之间的关系
 - 20.2.1. 什么是声音?
 - 20.2.2. 什么是心理学?
 - 20.2.3. 语音的声学方面
 - 20.2.4. 根据心情发声
 - 20.2.5. 根据个性发声
 - 20.2.6. 摘要
- 20.3. 声音作为非语言沟通的基本要素
 - 20.3.1. 非语言沟通
 - 20.3.2. 沟通的副语言要素
 - 20.3.3. 声音对口语信息的影响
 - 20.3.4. 心理类型和发声特点
 - 20.3.5. 摘要
- 20.4. 声音和情感
 - 20.4.1. 什么是情感?
 - 20.4.2. 情感的功能
 - 20.4.3. 情感的分类
 - 20.4.4. 情感的表达
 - 20.4.5. 摘要
- 20.5. 声音和压力
 - 20.5.1. 什么是压力?
 - 20.5.2. 压力的理论和解释模型
 - 20.5.3. 压力源的特点
 - 20.5.4. 压力的后果
 - 20.5.5. 摘要
- 20.6. 功能性和精神性发音障碍的类型
 - 20.6.1. 什么是发音障碍?
 - 20.6.2. 功能性和器质性发音障碍的区别
 - 20.6.3. 功能性发音障碍的原因
 - 20.6.4. 功能性发音障碍的类型
 - 20.6.5. 摘要
- 20.7. 预防语音问题
 - 20.7.1. 健康的生活习惯
 - 20.7.2. 睡眠-觉醒关系
 - 20.7.3. 饮食
 - 20.7.4. 烟草
 - 20.7.5. 体育锻炼
- 20.8. 意识:身与心的关系-
 - 20.8.1. 意识和意识之间的区别
 - 20.8.2. 意识的历史轨迹
 - 20.8.3. 意识的属性
 - 20.8.4. 自我意识
 - 20.8.5. 摘要
- 20.9. 心理教育
 - 20.9.1. 什么是心理教育?
 - 20.9.2. 功能性发音障碍的心理教育
 - 20.9.3. 心理教育方案
 - 20.9.4. 摘要
- 20.10. 干预
 - 20.10.1. ¿什么是 正念?
 - 20.10.2. 正念练习的类型
 - 20.10.3. 正念的好处
 - 20.10.4. 摘要
- 20.11. 嗓音病症的心理治疗
 - 20.11.1. 有机病症
 - 20.11.2. 功能性病变

模块21.声带康复

- 21.1. 功能性发音困难的标志疗法
 - 21.1.1. I型:等长的喉部功能障碍
 - 21.1.2. II型:声门外侧和声门上侧收缩
 - 21.1.3. III型:声门前上收缩
 - 21.1.4. 第四型:转换性失声/发音障碍和精神性发音障碍与拱起的声带
 - 21.1.5. 青少年的过渡性发音障碍
- 21.2. 机关性发音障碍的言语治疗
 - 21.2.1. 简介
 - 21.2.2. 原籍国性虹膜炎的言语治疗先天性
 - 21.2.3. 表皮囊肿
 - 21.2.4. 齿槽和椎体
 - 21.2.5. 原籍国性虹膜炎的言语治疗获得性
- 21.3. 有机功能性发音障碍的言语治疗
 - 21.3.1. 简介
 - 21.3.2. 器质性功能病理康复的目标
 - 21.3.3. 根据康复目标提出的练习和技术
- 21.4. 获得性神经系统问题中的声音
 - 21.4.1. 神经性发音障碍
 - 21.4.2. 周围性喉瘫痪
 - 21.4.3. 上运动神经元素乱
 - 21.4.4. 锥体外系疾病
 - 21.4.5. 小脑疾病
 - 21.4.6. 下运动神经元素乱
 - 21.4.7. 其他破坏
 - 21.4.8. 关于语言治疗工作的建议
 - 21.4.9. 喉瘫痪
 - 21.4.10. 帕金森病
 - 21.4.11. 书目
- 21.5. 儿童发音障碍
 - 21.5.1. 儿童语音的生理学
 - 21.5.2. 儿童发音障碍
 - 21.5.3. 评价
 - 21.5.4. 治疗

- 21.6. 卫生疗法
 - 21.6.1. 简介
 - 21.6.2. 有害习惯及其对声音的影响
 - 21.6.3. 咳嗽和咳嗽
 - 21.6.4. 在有害环境和情况下使用语音
 - 21.6.5. 毒剂
 - 21.6.6. 预防措施
 - 21.6.7. 补水
- 21.7. 半封闭式声道练习
 - 21.7.1. 简介
 - 21.7.2. 辩解
 - 21.7.3. TVSO
- 21.8. 埃斯蒂尔语音训练是一种改善发声功能的技术
 - 21.8.1. 乔-埃斯蒂尔和模型的创建
 - 21.8.2. 埃斯蒂尔语音培训的原则
 - 21.8.3. 描述



一个完整的培训,将带你了解你在最好的竞争中所需要的知识"



06 方法

Nombre del Programa除了保证最严格和最新的培训外,还可以获得由TECH科技大学颁发的校级硕士学位证书。



“

发现再学习, 这个系统放弃了传统的线性学习, 带你体验循环教学系统: 这种学习方式已经证明了其巨大的有效性, 尤其是在需要记忆的科目中”

在TECH教育学校, 我们使用案例研究法

在具体特定情况下, 专业人士应该怎么做? 在整个课程中, 学生将面临多个基于真实情况的模拟案例, 他们必须调查, 建立假设并最终解决问题。关于该方法的有效性, 有大量的科学证据。

有了TECH, 教育家, 教师或讲师就会体验到一种学习的方式, 这种方式正在动摇世界各地传统大学的基础。



这是一种培养批判精神的技术, 使教育者准备好做出决定, 为论点辩护并对比意见。

“

你知道吗, 这种方法是1912年在哈佛大学为法律学生开发的? 案例法包括提出真实的复杂情况, 让他们做出决定并证明如何解决这些问题。1924年, 它被确立为哈佛大学的一种标准教学方法”

该方法的有效性由四个关键成果来证明:

1. 遵循这种方法的教育者不仅实现了对概念的吸收, 而且还通过练习评估真实情况和应用知识来发展自己的心理能力。
2. 学习被扎扎实实地转化为实践技能, 使教育者能够更好地将知识融入日常实践。
3. 由于使用了实际教学中出现的情况, 思想和概念的吸收变得更加容易和有效。
4. 投入努力的效率感成为对学生的一个非常重要的刺激, 这转化为对学习的更大兴趣并增加学习时间。



再学习方法

TECH有效地将案例研究方法与基于循环的100%在线学习系统相结合, 在每节课中结合了8个不同的教学元素。

我们用最好的100%在线教学方法加强案例研究:再学习。

教育者将通过真实案例和在模拟学习环境中解决复杂情况来学习。这些模拟情境是使用最先进的软件开发的, 以促进沉浸式学习。



处在世界教育学的前沿,按照西班牙语世界中最好的在线大学(哥伦比亚大学)的质量指标,再学习方法成功地提高了完成学业的专业人员的整体满意度。

这种方法已经培训了超过85000名教育工作者,在所有专业领域取得了前所未有的成功。我们的教学方法是在一个高要求的环境中发展起来的,大学学生的社会经济状况中等偏上,平均年龄为43.5岁。

再学习将使你的学习事半功倍,表现更出色,使你更多地参与到训练中,培养批判精神,捍卫论点和对比意见:直接等同于成功。

在我们的方案中,学习不是一个线性的过程,而是以螺旋式的方式发生(学习,解除学习,忘记和重新学习)。因此,我们将这些元素中的每一个都结合起来。

根据国际最高标准,我们的学习系统的总分是8.01分。

该方案提供了最好的教育材料,为专业人士做了充分准备:



学习材料

所有的教学内容都是由教授该大学项目的教育专家专门为该课程创作的,因此,教学的发展是具体的。

然后,这些内容被应用于视听格式,创造了TECH在线工作方法。所有这些,都是用最新的技术,提供最高质量的材料,供学生使用。



视频教育技术和程序

TECH将最创新的技术,与最新的教育进展,带到了教育领域当前事务的前沿。所有这些,都是以你为出发点,以最严谨的态度,为你的知识内化和理解进行解释和说明。最重要的是,你可以想看几次就看几次。



互动式总结

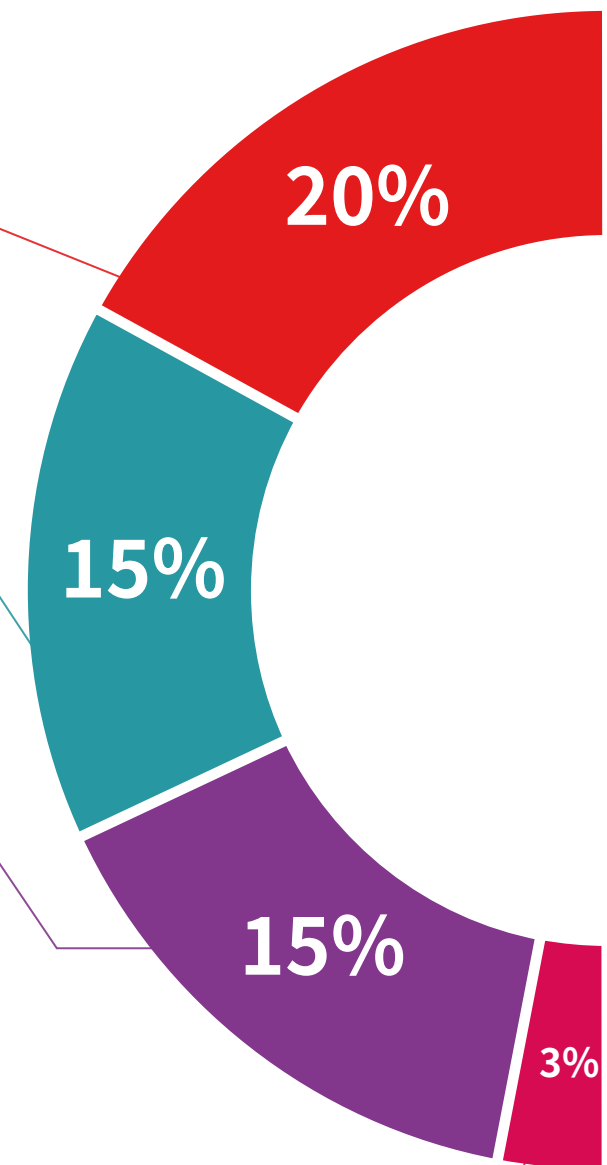
TECH团队以有吸引力和动态的方式将内容呈现在多媒体丸中,其中包括音频,视频,图像,图表和概念图,以强化知识。

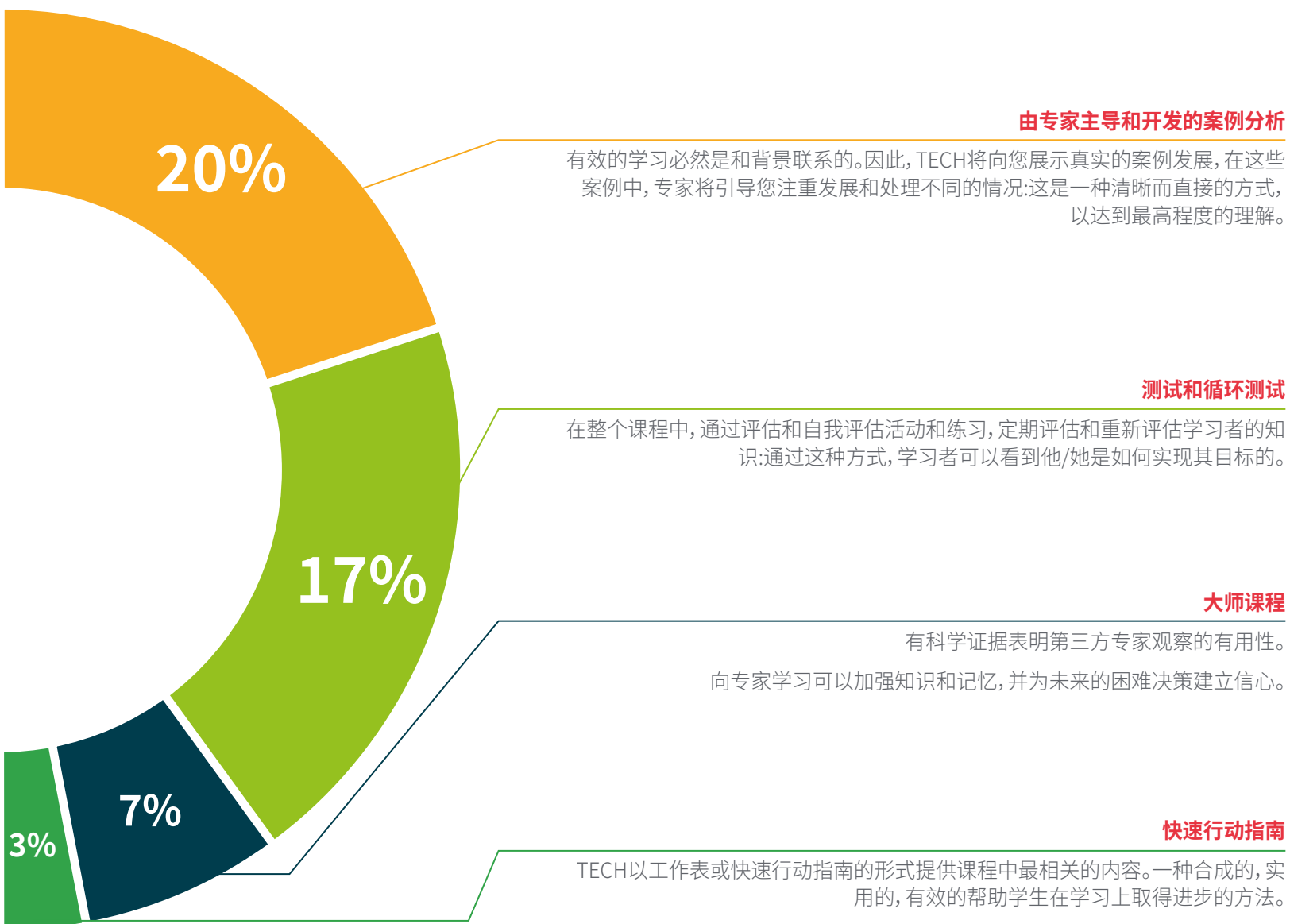
这个用于展示多媒体内容的独特教育系统被微软授予“欧洲成功案例”称号。



延伸阅读

最近的文章,共识文件和国际准则等。在TECH的虚拟图书馆里,学生可以获得他们完成培训所需的一切。





07 学位

综合语言治疗高级硕士综合语言治疗高级硕士除了保证接受最严格和最新的培训外,还可以获得由TECH技术大学颁发的高级硕士结业证书。





顺利完成这个课程并获得大学学位, 无需旅行或通过繁琐的程序"

这个**综合语言治疗综合语言治疗**包含了市场上最完整和最新的课程。

评估通过后，学生将通过邮寄收到**TECH科技大学**颁发的相应的**综合语言治疗**学位。

学位由**TECH科技大学**颁发，证明在综合语言治疗学位中所获得的资质，并满足工作交流，竞争性考试和职业评估委员会的要求。

学位：**综合语言治疗综合语言治疗**

官方学时：**3,000小时**



*海牙加注。如果学生要求为他们的纸质资格证书提供海牙加注，TECH EDUCATION将采取必要的措施来获得，但需要额外的费用。



高级硕士 综合语言治疗

- » 模式:在线
- » 时长:2年
- » 学历:TECH科技大学
- » 教学时数:16小时/周
- » 时间表:按你方便的
- » 考试:在线

高级硕士 综合语言治疗

B v A' s w