

四川省西部精神医学协会文件

四川省西部精神医学协会儿童 ADHD 及相关障碍专委会 父母效能训练治疗师培训项目第一期通知（第二轮）

为满足社会、家庭对父母效能训练的需求，推广长期积累的训练经验，四川省西部精神医学协会与四川大学华西医院心理卫生中心联合推出了父母效能训练团体治疗师连续培训项目，该项目特别邀请了台湾、香港在父母效能训练方面有长期实践经验和理论造诣的专家，和国内心理治疗和咨询、儿童心理治疗和咨询方面资深专家，以及长期参与父母训练项目的治疗师进行授课指导和现场督导，以期在国内父母效能训练领域培养更多的治疗师，推广这一具有巨大实用价值和高效的团体辅导模式，为促进儿童青少年健康成长作出贡献。

适合人群：

医疗机构、教育机构、心理咨询机构或其他对于父母效能训练感兴趣的相关人员可报名参加加入西部精神医学协会，以会员身份参加培训。

培训特色：

理论讲授与现场督导交替，观摩与演练并行。每个人都可以在培训体验中得到个人成长；理论授课与现场演练及督导的比例为 1：1。完成培训后可获得结业证书和继续教育学分。

培训专家介绍：

曹春燕：中国台湾心理咨询学者，台湾资深心理治疗及父母沟通效能训练导师，台湾高雄社区大学沟通效能训练导师，高雄市社会局及教育局沟通效能工作坊导师，中国台湾新时代教育基金会训练导师，在台湾及大陆长期开设父母沟通效能实践培训，对父母效能训练有二十余年的实践经验。

陈美玉：美国密歇根州州立大学音乐治疗学士，美国专业注册音乐治疗师南澳洲大学社会科学辅导学硕士，英国杜伦大学教育学博士，美国贝克认知治疗及研究学院进修，美国国际感觉统合训练理论课，2008 年度香港地区十大杰出青年。在儿童认知训练以及父母效能训练方面具有长期的实践经验和学术造诣。

杨彦春：教授，博士和硕士生导师，卫生部心理咨询专家委员、中国心理卫生协会心理咨询与

心理治疗专委会副主任委员、中国心理学会医学心理专委会委员、四川省心理学会医学心理学专委会副主任委员。

郭兰婷：精神病学与精神卫生学教授，博士和硕士生导师，中华医学会精神科分会儿童少年精神医学专业组委员，中国心理卫生协会儿童少年心理卫生专业委员会副主任委员。

黄 颀：精神病学与精神卫生学教授，华西医院心理卫生中心副主任，精神病学与精神卫生学博士，中华医学会精神科分会儿童少年精神医学专业组委员，中国心理卫生协会儿童少年心理卫生专业委员会委员，西部精神医学会 ADHD 及其相关障碍专委会主任委员。

周 燕：国家二级心理咨询师，2006 年以来长期担任华西医院儿童青少年病房心理组督导，华西医院心理卫生中心父母效能训练营团体治疗师，对父母效能训练团体治疗有丰富的实践经验。

课程安排与课时

第一天	课程设置	主讲老师
8:30	开幕致辞	李涛主任
	父母教养方式与儿童行为问题	黄颀
	心理成长的家庭动力学基础	杨彦春
	儿童情绪障碍与行为障碍的识别及应对	郭兰婷
	午休	
13:00	儿童行为问题个案的心理学解析	陈美玉
	父母沟通效能技术（一）	曹春燕
	父母沟通效能现场演练	曹春燕
第二天		
9:00	父母沟通效能技术（二）	曹春燕
	父母沟通效能现场演练	曹春燕
	午休	
13:00	父母团体治疗技术与演练（一）	周燕
	父母团体治疗技术与演练（二）	周燕
第三天		
9:00	父母沟通效能技术（三）	曹春燕
	父母沟通效能现场演练	曹春燕
	中午撤离	

培训时数： 两天半 15 小时

完成培训者授予国家 I 类继续医学教育学分

培训对象与人数

培训对象：

- 1.具有一定心理治疗理论和实践基础的心理工作者；
- 2.精神科、神经内科、综合医院心理科的医生或护士；儿科医生、儿保科医生或护士；
- 3.从事心理辅导工作的学校教师或相关人员；
- 4.私人开业的心理咨询师和负责企业培训的人员等等；
- 5.如获得国家劳动部认证《心理咨询师》三级或以上证书者报名优先，报到时需提交原件及复印件。

计划培训人数：60-100 人。

名额有限，以缴费先后为序，优先录取。

培训时间与地点：

培训时间：2014 年 8 月 8 日—10 日

培训地点：四川大学华西医院心理卫生中心二楼大教室（成都市武侯区电信南路 28 号）

入会费用与培训报名方式：

培训报名按入会缴费先后顺序，额满即止。接受现金缴费和银行汇款，谢绝支票支付。

优惠形式	入会费
个人	2200
团体（5 人以上）	2000
提前二个月（6 月 1 日前）	2000

报名联系人：杨 涛 13880991860 340383545@qq.com

徐绘词 18982220356 414040383@qq.com

银行汇款（请注明单位和个人名，汇款后请发邮件确认）：

户 名：四川省西部精神医学协会

开户行：中国工商银行成都滨江支行

账 号：4402 2040 0902 4588 080



附件：

父母效能训练营团体治疗师培训项目第一期

报名回执

姓 名		性 别		职 业	
手 机		固 话		从业年限	
Email					
工作单位					
通讯地址					
曾经参加过的培训课程					
您还期望参加哪些培训					
是否需要联系住宿	是 ()		否 ()		