



香港沙維雅人文發展中心

「舞動轉化治療」

系列一：個人體驗工作坊

(DT1-11)



Dr. Nitza Broide-Miller

日期：2011年9月9日至11日

(工作坊以英語為主，輔以粵語翻譯。)

電話：(852) 2336 3121
傳真：(852) 2339 1296
電郵：office@hksatir.org
網頁：www.hksatir.org
地址：香港九龍吳松街191號
突破中心11樓

導師—
**Nitza
Broide-Miller,
PhD,
BC-DMT**



- Dr. Broide-Miller 是美國舞蹈治療協會及以色列表現藝術協會的創辦人之一。
- 她畢業於加州專業心理學院(CSPP)臨床心理學博士課程。
- 她多年來曾任職教師、舞蹈治療師及臨床心理學家。
- 從1976年至1988年期間，她跟隨沙維雅女士學習，亦是沙維雅環球網絡及加拿大太平洋沙維雅學院的會員。
- 她曾於以色列、加拿大、美國及亞洲帶領工作坊。
- 近期則於美國加州帕羅奧多市作私人執業，為個人、伴侶及家庭提供治療。

學習目標

- 體驗學習與成長的發展歷程
- 啓發有關早期學習及其與外在環境的互動
- 冒險去面對成長環境所帶來的衝擊
- 透過舞蹈及動作體現一些沙維雅模式的概念
- 練習作出一些滋養自我的抉擇
- 覺察身體的表達，而不作評斷

內容

- 舞動轉化治療主要專注於以身體動作作為治療過程，以帶動改變。
- 在是次工作坊內，我們將經歷一個探索的旅程，讓我們更明白如何成長及學習面對生活。
- 透過身體舞動探索早期經驗，我們可以學習到環境、當中的規條及我們發展為怎樣的一個人之間的連繫。
- 體現一些沙維雅模式概念及以非言語的方式去經歷它們。
- 工作坊中將探討舞動治療的相關理論，以及它在不同團體中的應用情況。

對象

- 助人專業工作者如教師、護士、治療師等或正接受沙維雅模式訓練者
- 有興趣追求個人成長及任何對使用非語言行為有興趣的人士

(***參加者毋須擁有舞蹈或沙維雅模式的經驗；工作坊中所有動作都是簡單、自發及隨著過程發生的。)

形式

工作坊會涵蓋舞動治療的理論，參加者亦會透過體驗學習，經歷成長。過程中將進行小組練習，亦設有答問時間。



備註

請穿著舒適衣服，以方便參與工作坊內的活動。參加者亦可自備軟墊以便坐在地上時使用。

截止報名日期：2011年8月1日

其他資料

日期及時間:

2011年9月9日(五): 晚上 7:00-10:00

*2011年9月10日(六): 早上 10:00-下午 5:00

*2011年9月11日(日): 早上 10:00-下午 5:00

(*下午 1:00-2:00 為午飯時間)

場地: 沙田亞公角山路 33 號
突破青年村 G04 室

名額: 40

費用: 會員價 - \$2,400

非會員價 - \$3,000

証書: 出席証書將頒予出席課程最少 12 小時的參加者

授課語言: 英語 (輔以粵語翻譯)

攝錄: 工作坊過程將會被攝錄作記錄、評估、培訓、出版及讓工作坊參與者作日後研習之用。

報名

請填妥報名表，連同抬頭“香港沙維雅人文發展中心有限公司”劃線支票，於 2011 年 8 月 1 日或以前寄往本中心收。報名後如需於 2011 年 8 月 2 日至 8 月 23 日期間退出，退款將會被扣除所繳課程學費的 10% 作行政開支。凡於 2011 年 8 月 23 日之後退出之參加者，恕不會獲發還已繳交之費用，所繳之會員費用亦不設退款。如遇特別情況，中心保留取消課程之權利。

「舞動轉化治療」系列一： 個人體驗工作坊 (DT1-11) 課程報名表

姓名(中文) _____
(英文) _____
性別 _____ 年齡 _____ 職業 _____
通訊地址 _____

電話(住宅) _____ (寫字樓) _____
(傳呼/手提) _____ (傳真) _____
(電郵) _____ 會員証號碼 _____
身份証號碼(請提供首四個字母/數字) _____
請在証書上列印此英文姓名

總金額 HK\$ _____ 支票號碼 _____

本人患有以下長期病患: _____
並*有/沒有接受定期治療。*刪去不適用者
緊急事故聯絡人:(姓名) _____
(電話) _____

- 本人明白中心將攝錄工作坊過程，作記錄、評估及讓工作坊參與者日後在中心內研習之用。
- 本人自願向沙維雅中心提供以上的資料，作為中心處理課程報名之用。本人明白除個人資料(私隱)條例所訂明的豁免外，本人有權查閱及更正個人資料。
- 本人明白此課程乃屬教育性質，而非作心理治療之用途。在探討個人成長的過程當中，本人明白可能會在情緒或心理上受到觸動。如有需要，本人會於課程後主動尋求沙維雅中心的輔導服務或其他專業團體的協助，作出跟進。
- 本人已向有關的輔導人員/醫護人員/專業人士諮詢，確定本人的身體及精神狀況，適合參加此課程。本人已詳閱此課程單張，並明白及同意當中內容。

簽署 _____ 日期 _____

中心專用 支票號碼 _____ / _____

金額 HK\$ _____ 收據號碼 _____

職員 _____ 日期 _____