

Das Autismus Kompetenzzentrum Unterfranken und das Zentrum für Psychische Gesundheit, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Würzburg lädt zur Fortbildung ein:

## „Psychotherapie bei hochfunktionalem Autismus“

Menschen aus dem Autismus-Spektrum haben einen hohen Unterstützungs- und Therapiebedarf. In der Fortbildung wird schwerpunktmäßig auf die Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen eingegangen. Unter anderem werden auch Videoausschnitte eingesetzt, um den diagnostischen Blick zu schärfen und therapeutische Vorgehensweisen zu veranschaulichen.



**Referent:**

Dipl.-Psych. **Claus Lechmann**, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut.

Seit 1995 leitet er das Autismus-Therapie-Zentrum (ATZ) in Köln und setzt sich sehr für autismusspezifische Therapie und Förderung ein. In diesem Rahmen hat er Bausteine für die Therapie mit Menschen aus dem Autismus-Spektrum entwickelt.

Weiterhin ist er Inhaber einer Lehrpraxis, tätig als Dozent und Supervisor für verschiedene VT-Ausbildungsinstitute mit den Schwerpunkten Borderline-Persönlichkeitsstörung und Autismus.

- Datum / Uhrzeit:** Freitag, 07. Juli 2023 von 9.00 bis 16.30 Uhr  
**Ort:** Albert-Schweitzer-Haus  
Friedrich-Ebert-Ring 27 d, 97072 Würzburg  
<http://www.wuerzburg-evangelisch.de/wegbeschreibung>
- Zielgruppe:** Psychologische Psychotherapeut\*innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen sowie pädagogische Fachkräfte
- Kostenbeitrag:** 110 €
- Parkplätze:** Es wird empfohlen, auf dem Residenzparkplatz zu parken.
- Fortbildungspunkte:** Für diese Veranstaltung ist es möglich, Fortbildungspunkte bei der Psychotherapeutenkammer zu erhalten.

**Anmeldungen sind ausschließlich mit angehängtem Formular möglich.**

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fortbildung am **Freitag, 07.07.2023** an.

# "Psychotherapie bei hochfunktionalem Autismus"

### Teilnehmerbeitrag

**Teilnehmerbeitrag: 110 €**

Sie erhalten eine Rechnung/Teilnahmebestätigung.

---

**Rechnungs-Adresse (bitte gut lesbar schreiben)**

Teilnehmer-  
Name/Vorname

---

Straße

---

PLZ/ORT

---

Telefon / email

---

Zusatz

---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

### **Zulassungs- und Stornierungsbedingungen:**

**Anmeldeschluss** ist der **23.06.2023**. Sie erhalten unmittelbar nach Anmeldung eine Rechnung. Der **Ta-  
gungsbeitrag muss bis 03.07.2023** dem in der Rechnung angegebenen Konto gutgeschrieben sein.

### **Stornobedingungen:**

Nach Anmeldeschluss ist die volle Gebühr zu entrichten, eine Ersatzperson kann benannt werden.  
Die Stornierungsbedingungen wurden gelesen und sind hiermit akzeptiert.