



PDA - Pathological Demand Avoidance

1. Einleitung und Definition

Die **Pathological Demand Avoidance (PDA)** ist ein kontrovers diskutiertes Konzept, das erstmals von der Entwicklungspsychologin Elizabeth Newson in den 1980er Jahren beschrieben wurde. Es bezeichnet ein extrem ausgeprägtes, zwanghaftes Vermeidungsverhalten gegenüber alltäglichen Anforderungen und Erwartungen. Betroffene zeigen demnach ein angstgetriebenes Bedürfnis nach Kontrolle über ihre Umwelt und reagieren mit aggressiven oder sozial unangemessenen Verhaltensweisen, wenn sie mit Aufforderungen konfrontiert werden.

Ursprünglich wurde PDA im Kontext tiefgreifender Entwicklungsstörungen verortet. Heute wird es häufig mit der **Autismus-Spektrum-Störung (ASS)** in Verbindung gebracht, ohne jedoch als eigenständige Diagnose in den Klassifikationssystemen ICD-10/11 oder DSM-5 geführt zu werden.

Erwachsene mit PDA zeigen ein **zwanghaftes Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle**, das bei wahrgenommenen Anforderungen – selbst wenn diese den eigenen Zielen entsprechen – starke Angst und Abwehrreaktionen auslöst.

2. Kernmerkmale nach Newson

Die von Newson et al. (2003) definierten Merkmale wurden mehrfach überarbeitet und kritisch hinterfragt. Zentrale Aspekte sind:

- **Extreme Vermeidung von Alltagsanforderungen** (z.B. Körperpflege, Schulbesuch)
- **Anwendung sozialer Strategien zur Vermeidung:** Manipulation, Ablenkung, Rückzug ins Rollenspiel
- **Oberflächliche soziale Erscheinung** bei gleichzeitigem Mangel an Scham und sozialer Identität
- **Starke Stimmungsschwankungen und Impulsivität**
- **Intensives Fantasie- und Rollenspiel**, oft mit starker Identifikation mit den Rollen
- **Zwangsartiges Verhalten**, häufig auf andere Personen bezogen

Einige ursprüngliche Merkmale wie die „Passivität im ersten Lebensjahr“ und „neurologische Soft Signs“ gelten heute als nicht haltbar und wurden verworfen. Auch der Begriff „pathologisch“ wird zunehmend kritisch gesehen, da er stigmatisierend wirken kann.

2. Aktuelle Forschung zu PDA bei Erwachsenen

Die Forschung zu PDA bei Erwachsenen steckt im Vergleich zur Kindheitsforschung noch in den **Anfängen**. Aktuelle Übersichtsarbeiten beziehen adulte Stichproben zunehmend ein, jedoch fehlen noch umfassende Evidenzen.

2.1 Die Rolle von Angst und Intoleranz von Unsicherheit

Eine zentrale Erkenntnis ist, dass **Angst und Intoleranz von Unsicherheit** die stärksten Prädiktoren für PDA-Verhalten bei Erwachsenen darstellen. Eine Studie mit 163 Erwachsenen zeigte, dass sowohl allgemeine Angst als auch Intoleranz von Unsicherheit signifikant PDA-Merkmale vorhersagen können. Qualitative Interviews mit Betroffenen identifizierten vier zentrale Themen, die vermeidendes Verhalten prägen: das Spannungsfeld zwischen Annäherung und Vermeidung, Faktoren, die die Erwartung von Anforderungen beeinflussen, zugrundeliegende Vulnerabilitäten sowie entwicklungsbezogene Muster.

2.2 Offene Forschungsfragen

Die Forschungslage weist erhebliche Lücken auf. So läuft aktuell eine systematische Übersichtsarbeit zu den Faktoren, die Angst bei PDA über die gesamte Lebensspanne zugrunde liegen. Insbesondere wird untersucht, ob Intoleranz von Unsicherheit und sensorische Besonderheiten als vermittelnde Faktoren zwischen Angst und PDA-Verhalten wirken und wie sich dieses Verhältnis zu anderen neurodiversen Bedingungen unterscheidet.

3. Gegenwärtiger Forschungsstand

Die Forschungslage zu PDA ist nach wie vor **dünn und methodisch angreifbar**. Die folgenden Punkte fassen den aktuellen Stand zusammen:

3.1 Erfassung und Diagnostik

Die Erfassung erfolgt überwiegend mittels Elternfragebögen (z.B. **Extreme Demand Avoidance Questionnaire, EDA-Q**) oder Interviews (z.B. **DISCO**). Die Methoden sind jedoch nicht standardisiert und weisen erhebliche Mängel auf. Studien basieren häufig auf selektiven Stichproben aus Internetforen oder Spezialkliniken, was die Generalisierbarkeit einschränkt.

3.2 PDA und Autismus

Die Beziehung zwischen PDA und Autismus ist zentraler Gegenstand der Debatte:

- In der **einzigsten Prävalenzstudie** (Färöer-Inseln) zeigten nur 20 % der Kinder mit Autismus Symptome von PDA.
- PDA-Betroffene zeigen im Gegensatz zu autistischen Personen **keine Defizite** in den Bereichen **Blickkontakt, Mimik, Fantasie, Empathie und Theory of Mind**.
- Während Autismus häufiger bei Jungen diagnostiziert wird, wird PDA als **geschlechterneutral** betrachtet.
- Der **Fachverein PDA-Autismus-Profil (FAPDA)** argumentiert, dass PDA am ehesten als Subtyp des Autismus einzuordnen sei, da Betroffene ebenfalls typische autistische Besonderheiten in sozialer Interaktion, Verhaltensmustern und Sensorik aufweisen, diese jedoch aufgrund von hohem **Masking** oft übersehen werden.

3.3 Symptomüberlappung mit anderen Störungen

Die Merkmale der PDA finden sich auch bei anderen Störungsbildern, was eine Abgrenzung erschwert:

- **Störung des Sozialverhaltens:** Überschneidungen bei oppositionellem Verhalten, mangelnder Emotionsregulation und Aggression
- **ADHS:** Gemeinsamkeiten bei Impulsivität und Aufmerksamkeitsdefiziten
- **Angststörungen:** PDA wird häufig als angstgetriebenes Vermeidungsverhalten konzeptualisiert

3.4 Angst als Auslöser

Die aktuelle Konzeptualisierung sieht **Angst als zentrale Triebfeder** des Vermeidungsverhaltens. Betroffene versuchen durch Kontrolle Sicherheit herzustellen und Angst zu reduzieren. Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen PDA und einer **Intoleranz gegenüber Unsicherheit**. Allerdings ist der kausale Zusammenhang zwischen Angst und Vermeidungsverhalten nicht eindeutig belegt.

4. Kritische Diskussion

Die vorliegende Arbeit von Kamp-Becker et al. (2023) zieht folgende **Schlussfolgerungen**:

4.1 PDA ist keine eigenständige diagnostische Entität

PDA kann weder als eigenständige Störung noch als valider Subtyp des Autismus betrachtet werden. Dafür fehlen:

- **Eindeutige diagnostische Kriterien**
- **Valide und reliable Messinstrumente**
- **Ausreichende empirische Evidenz**

4.2 Methodische Mängel der Studien

Die Forschung weist erhebliche **Zirkularität** auf: Gruppen werden nach bestimmten Merkmalen gebildet und dann hinsichtlich eben dieser Merkmale verglichen. Alternative Erklärungen für das Verhalten (z.B. Erziehungsstil, Lernerfahrungen, Psychopathologie der Eltern) werden nicht berücksichtigt.

4.3 Vereinfachendes Erklärungsmodell

Das PDA-Konzept wird als **stark vereinfachend** kritisiert. Es führt Verhaltensauffälligkeiten auf biologische Ursachen zurück und blendet komplexe **Kontextvariablen** aus, wie:

- **Dysfunktionale familiäre Interaktionsmuster**
- **Entwicklungspsychologische Hintergründe**
- **Einflüsse von Erziehung und Umwelt**

Der **Fachverein PDA-Autismus-Profil (FAPDA)** widerspricht dieser Kritik: Demnach entlastet die Anerkennung eines PDA-Profiles die Familien von unbegründeten Schuldzuweisungen, da diese oft unter extremem Leidensdruck litten, ohne eine erklärende Diagnose zu erhalten .

4.4 „Entschuldigungs“-Funktion

Die Autor:innen argumentieren, dass das PDA-Konzept teilweise der **Entlastung von Verantwortung** und der **Destigmatisierung** diene. Es ermögliche Eltern und Betroffenen, das Verhalten als biologisch determiniert zu verstehen, anstatt es auf eigene Fehler zurückzuführen .

5. Behandlungsempfehlungen

Da keine empirischen Studien zur Behandlung vorliegen, basieren die Empfehlungen auf klinischen Berichten :

- **Indirekte Anweisungen** statt direkter Aufforderungen (z.B. „Ich frage mich, ob...“)
- **Mehrere Wahlmöglichkeiten** anbieten, um Kontrollgefühl zu vermitteln
- **Routinen reduzieren**, da sie bei PDA weniger effektiv sein können als bei Autismus
- **Beziehungsaufbau** priorisieren, Anforderungen reduzieren
- **Humor und Überraschung** nutzen
- **Eigene Emotionsregulation** der Bezugspersonen ist entscheidend
- **Keine positive Verstärkung/Belohnung** – laut Erfahrungsberichten weniger effektiv

6. Fazit und Ausblick

PDA ist ein **bedeutsames Verhaltensprofil**, das in der klinischen Praxis zunehmend Aufmerksamkeit erfährt. Es kann sich ungünstig auf den Verlauf verschiedener psychischer Störungen auswirken. Die aktuelle Datenlage erlaubt jedoch **keine Einordnung als eigenständige Diagnose oder Autismus-Subtyp**. Die Autor:innen betonen die **dringende Notwendigkeit weiterer Forschung**, insbesondere zu:

- **Verlauf** bei verschiedenen Störungsbildern
- **Behandlungsansätzen** und deren Wirksamkeit
- **Aufrechterhaltenden Faktoren** des Verhaltensprofils
- **Einbezug von Angehörigen und Interaktionsdynamiken**

Fragen zur Diskussion

1. **Ist die Annahme eines neurobiologischen Hintergrunds bei PDA hilfreich oder birgt sie die Gefahr einer unzulässigen Vereinfachung komplexer Verhaltensweisen? Wie kann man Stigmatisierung vermeiden, ohne die Eigenverantwortung auszublenden?**
2. **Welche diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen hat es, wenn PDA nicht als eigenständige Entität, sondern als transdiagnostisches Verhaltensprofil betrachtet wird? Wie sollte mit der zunehmenden Forderung nach Anerkennung aus Elternverbänden umgegangen werden?**
3. **Inwiefern unterscheidet sich PDA tatsächlich von anderen Formen der Anforderungsvermeidung, z.B. bei Störungen des Sozialverhaltens oder Angststörungen? Ist eine spezifische Behandlung überhaupt notwendig oder sollten eher die zugrundeliegenden Störungen adressiert werden?**