



Pathological Demand Avoidance (PDA) – Ein Überblick

1. Was ist PDA? Eine kurze Einführung

Der Begriff **Pathological Demand Avoidance (PDA)** wurde in den 1980er Jahren von der Entwicklungspsychologin Professor Elizabeth Newson geprägt. Er beschreibt ein **extreme Vermeidungsverhalten gegenüber alltäglichen Anforderungen** – selbst gegenüber solchen, die für andere Menschen selbstverständlich oder sogar angenehm sind.

Für Menschen mit PDA sind nicht nur direkte Aufforderungen ("Räum dein Zimmer auf") problematisch, sondern auch **implizite Erwartungen** (z.B. ein hingereichtes Getränk) oder **selbstgestellte Aufgaben** ("Ich sollte jetzt duschen gehen"). Die Vermeidung ist nicht Ausdruck von Unwillen oder Faulheit, sondern eine **tief sitzende, oft reflexive Stressreaktion** des Nervensystems auf den Verlust von Autonomie. Dies kann zu einem **Fight-Flight-Freeze-Modus** führen, der von innerem Widerstand über Panik bis hin zu Meltdowns reichen kann.

Wichtig: PDA ist derzeit **keine eigenständige klinische Diagnose** und wird weder im DSM-5 noch in der ICD-10/11 als solche geführt. Die Diskussion über seinen Status ist Teil der aktuellen wissenschaftlichen Debatte (siehe Abschnitt 3).

2. Zusammenhänge mit Autismus und ADHS

PDA wird überwiegend im Kontext von neurodivergenten Profilen diskutiert, insbesondere bei Autismus und ADHS.

- **PDA als Profil des Autismus:** Viele Expert:innen und Fachverbände, wie die **PDA Society**, sehen PDA als einen **spezifischen Phänotyp oder ein Profil innerhalb des Autismus-Spektrums**. Personen mit einem PDA-Profil erfüllen demnach die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung, zeigen jedoch zusätzlich die charakteristische, extreme Anforderungsvermeidung. Studien deuten darauf hin, dass etwa **1% bis 20% der autistischen Menschen** Merkmale von PDA aufweisen könnten. Die Vermeidung von Anforderungen wird in der ICD-11 sogar als ein mögliches Merkmal von ASS aufgeführt.
 - **Die starke Verbindung zu ADHS:** Überraschenderweise zeigt die Forschung, dass ADHS möglicherweise ein **stärkerer Prädiktor für PDA ist als Autismus**. Eine Studie aus dem Jahr 2020 ergab, dass Merkmale von ADHS etwa **70% der Varianz in der Ausprägung von PDA** vorhersagten, während die Korrelation mit Autismus gering war. Die Kombination aus **Exekutivfunktionsstörungen** (wie sie bei ADHS typisch sind) und einer **autonomie-sensitiven Stressreaktion** kann zu einem besonders ausgeprägten Vermeidungsverhalten führen.
 - **Gemeinsame Symptome:** Sowohl ADHS als auch PDA können zu erheblichen Problemen bei der **Aufgabeninitiierung, der Impulskontrolle und der Emotionsregulation** führen. Dies kann von außen als Faulheit oder mangelnde Motivation interpretiert werden, ist jedoch neurologisch bedingt.
-

3. Aktuelle Diskussion: Phänomen des Autismus oder eigenständige Störung?

Dies ist der zentrale Diskussionspunkt in der Fachwelt. Es gibt drei Hauptpositionen:

1. **PDA als Subtyp von Autismus:** Dies ist derzeit die **vorherrschende klinische Sichtweise**, vertreten durch Organisationen wie die PDA Society und Expert:innen wie Tony Attwood. Sie argumentieren, dass das gesamte Spektrum der autistischen Merkmale (soziale Besonderheiten, Spezialinteressen, sensorische Sensitivität) bei Menschen mit PDA vorhanden ist, jedoch durch die extreme Anforderungsvermeidung und das damit verbundene **Masking** (Überspielen von Schwierigkeiten) überdeckt wird. Die Praxisleitlinie der PDA Society betont, dass bei allen von ihnen begutachteten Personen mit PDA-Profil die Kriterien für eine Autismus-Diagnose erfüllt waren.
2. **PDA als transdiagnostisches Phänomen:** Andere Forschende, wie Prof. Jonathan Green, argumentieren, dass es **nicht genügend Beweise** für eine Klassifikation als eigenständige Subgruppe gibt. Sie sehen PDA eher als eine **Sammlung von Verhaltensweisen**, die im Zusammenhang mit verschiedenen Erkrankungen wie ADHS, Angststörungen, Trauma oder oppositionellem Trotzverhalten (ODD) auftreten können.
3. **PDA als eigenständiges Syndrom:** Die ursprüngliche These von Elizabeth Newson war, dass PDA eine **eigenständige, aber mit Autismus verwandte Entwicklungsstörung** sei. Diese Position wird heute jedoch nur noch von einer Minderheit vertreten, da es keine hinreichende empirische Evidenz dafür gibt.

Einigkeit herrscht über die **klinische Relevanz** des Konzepts. Unabhängig vom genauen Klassifikationsstatus führt die Anerkennung eines PDA-Profiles zu einer **Veränderung im Umgang und in der Unterstützung**, was für die betroffenen Personen oft lebensverändernd sein kann.

4. PDA bei Erwachsenen

Die Forschung und klinische Praxis konzentrierte sich lange auf Kinder, aber es ist heute unbestritten, dass **PDA ein lebenslanges Phänomen** ist.

- **Erscheinungsform im Erwachsenenalter:** Die Symptome können sich im Laufe des Lebens verändern. Während Kinder oft durch auffälliges Verhalten (Meltdowns, Verweigerung) in der Schule auffallen, können Erwachsene **subtiler vermeiden** – durch Rückzug, soziale Isolation oder das Vermeiden von Arbeitsplätzen mit starren Strukturen.
 - **Hohe Belastung:** Erwachsene mit PDA leiden oft unter einem **immensen Leidensdruck**. Sie erleben eine Diskrepanz zwischen ihrem Potenzial und ihrer Fähigkeit, Alltagsanforderungen zu bewältigen, was zu **chronischer Erschöpfung, Angststörungen und Depressionen** führen kann. Eine Studie fand zudem einen Zusammenhang mit geringerer emotionaler Stabilität und Verträglichkeit.
 - **Missverständnisse und Fehldiagnosen:** Aufgrund ihrer oft guten intellektuellen Fähigkeiten und ihrer Fähigkeit zu "maskieren" werden sie häufig **nicht erkannt** oder missverstanden. Diagnosen wie **Borderline-Persönlichkeitsstörung, ADHS oder ODD** werden oft vergeben, ohne das zugrundeliegende PDA-Profil zu erfassen.
-

5. Diagnostische Kriterien und Symptome

Da PDA kein offizieller Diagnosecode ist, gibt es keine standardisierten Kriterien. Die **PDA Society** hat jedoch einen Praxisleitfaden mit den **Kernsymptomen** veröffentlicht, die von einem multidisziplinären Expert:innenteam als konsensfähig angesehen werden. Die ursprünglichen Kriterien nach Newson wurden wie folgt präzisiert:

Merkmal	Beschreibung
1. Widerstand gegen alltägliche Anforderungen	Vermeidung von Anforderungen des Alltags, auch von Dingen, die die Person gerne tun würde. Die Vermeidung erscheint "unlogisch" oder unverhältnismäßig. Sie kann sich gegen direkte, implizite und selbstgestellte Anforderungen richten.
2. Einsatz von sozialen Strategien zur Vermeidung	Die Person nutzt soziale Fähigkeiten, um Anforderungen zu umgehen: Ablenken, Ausreden erfinden, auf eine andere Aktivität verweisen, verhandeln, in eine Rolle schlüpfen oder sogar manipulativ erscheinendes Verhalten zeigen.
3. Oberflächliche Sozialität	Menschen mit PDA können oberflächlich sehr sozial und charmant wirken. Ihnen fehlt jedoch oft ein tieferes Verständnis für soziale Dynamiken, was zu Missverständnissen führen kann. Das "soziale Verständnis" ist nur oberflächlich.
4. Stimmungslabilität und Impulsivität	Plötzliche und extreme Stimmungsschwankungen, von Ruhe bis zu heftigen Wutausbrüchen (Meltdowns) oder einem völligen Zusammenbruch (Shutdown), insbesondere wenn der Versuch der Vermeidung fehlschlägt.
5. Rollenspiel und Fantasie	Die Person taucht gerne in Rollen ein und kann sich in diesen Szenarien wohler fühlen, da die Anforderungen nicht mehr an ihre eigene Person gerichtet sind. Dies kann die Vermeidung im Alltag erleichtern.
6. Zwanghaftes und obsessives Verhalten	Die Person zeigt intensive, zwanghafte Interessen, die oft auf andere Menschen oder soziale Dynamiken ausgerichtet sind.

6. Wirksame Therapiemöglichkeiten bei Erwachsenen

Die entscheidende Erkenntnis für die Therapie und Begleitung von Erwachsenen mit PDA ist: **Konventionelle, direktive Ansätze sind kontraindiziert und oft schädlich.** Sie verstärken das Gefühl des Kontrollverlusts und den Widerstand.

Das Ziel ist nicht die "Korrektur" des Verhaltens, sondern die **Reduktion von Stress und Angst durch die Stärkung von Autonomie.** Folgende Ansätze haben sich in der Praxis bewährt:

6.1. Grundlegende Haltung und Beziehung

- **Annahme und Respekt:** Die grundlegende Haltung sollte sein, dass das Vermeidungsverhalten eine **sinnvolle Schutzreaktion** des Nervensystems ist, und nicht als Trotz oder mangelnde Motivation bewertet wird.
- **Personzentrierter Ansatz:** Die betroffene Person ist die Expertin für ihr Erleben. Die Rolle der Therapeutin ist die einer **Begleiterin** und nicht einer Direktorin. Demütigende oder bevormundende Haltungen sind zu vermeiden.

6.2. Kommunikation und Umgang mit Anforderungen

- **Indirekte und kollaborative Kommunikation:** Anstatt Aufforderungen ("Sie müssen...") werden **offene Fragen** und Angebote formuliert ("Wie könnte das für Sie funktionieren?", "Würde einer dieser Wege für Sie passen?"). Dies gibt der Person ein Gefühl der Kontrolle zurück.
- **"Nein" als Regulation zulassen:** Es kann sehr hilfreich sein, der Person das erste "Nein" zu erlauben. Oft kann nach einer Phase der Regulation ein "Ja" erfolgen. Die Person muss nicht sofort auf einen Vorschlag eingehen können.
- **Depersonalisierung von Anforderungen:** Anforderungen sollten nicht persönlich gestellt werden. Statt "Du musst..." kann man formulieren: "Die Steuererklärung muss bis zum 30. eingereicht werden."

6.3. Praktische Interventionen

- **Angst- und Stressreduktion:** Da Angst der zentrale Treiber von PDA ist, stehen Techniken zur **Reduktion der physiologischen Erregung** im Vordergrund. Dazu gehören **Low-Arousal-Techniken**, achtsamkeitsbasierte Therapien, Meditation und andere Verfahren, die das Nervensystem beruhigen.
- **Psychoedukation:** Die Vermittlung von Wissen über PDA und die eigene Stressreaktion kann entlastend wirken und die **Selbstakzeptanz** fördern.
- **Ressourcen- und interessenbasierte Ansätze:** Therapie sollte an den Stärken und Interessen der Person ansetzen und diese fördern, anstatt Defizite zu bearbeiten.
- **Umgebungsanpassung:** Die Schaffung eines Umfelds mit **vorhersagbaren Routinen, aber maximaler Flexibilität** innerhalb dieser Routinen ist wichtig. Feste Strukturen können Sicherheit geben, müssen aber verhandelbar sein.
- **Medikamentöse Unterstützung:** Es gibt keine spezifische Medikation für PDA. In Einzelfällen kann die Gabe von **Fluoxetin** helfen, begleitende, herausfordernde Verhaltensweisen zu reduzieren. Primär werden jedoch die **Komorbiditäten wie Angststörungen oder ADHS** medikamentös behandelt.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die "Behandlung" von PDA bei Erwachsenen ist ein langfristiger, vertrauensbasierter Prozess. Ziel ist es, **Bedingungen zu schaffen, unter denen die Person weniger Stress und Bedrohung erlebt** und mehr Handlungsfähigkeit zurückgewinnt – nicht durch Anpassung an äußere Erwartungen, sondern durch ein tieferes Verständnis und die Akzeptanz ihrer eigenen Bedürfnisse.

Quellen

- [1] Healthline (2024). *Your Guide to Demand Avoidance ADHD*.
- [2] The Autism Service (2025). *Pathological Demand Avoidance (PDA)*.
- [3] Strobl, L. (2026). *Autism, ADHD, and the Persistent Drive for Autonomy*.
- [4] ScienceDirect (2020). *Individual differences, ADHD, adult pathological demand avoidance...*
- [5] Springer (2018). *The Measurement of Adult Pathological Demand Avoidance Traits*.
- [6] Medical News Today (2026). *Pathological demand avoidance: Signs and support*.
- [7] PDA Society (2022). *Identifying & Assessing a PDA profile – Practice Guidance v1.1*.
- [8] FAPDA (2024). *Brief an ASS-Abklärungsstellen*.
- [9] Lack, O. et al. (2024). *Understanding 'Pathological Demand Avoidance'... Scoping review protocol*.
- [10] AASECT (2025). *Don't Tell Me What To Do: Understanding PDA*.
- [11] PDA Society (2022). *German Identifying-Assessing-a-PDA-profile – Practice Guidance*.
- [12] Watts, J. (2026). *PDA (Pathological Demand Avoidance)*.