

Praxisorientiertes Handlungskonzept

Beziehung vor Erziehung. Sicherheit, Autonomie, Koregulation und individuelle Passung.

Wissenschaftliche Einordnung. PDA ist keine eigenständige Diagnose in ICD-11 oder DSM-5-TR. In Praxis und Selbstbeschreibung werden Begriffe wie "PDA-Profil" oder "ausgeprägte Demand Avoidance" verwendet. Die Forschung ist noch begrenzt und teils kontrovers. Deshalb versteht dieses Konzept PDA/Demand Avoidance als beschreibenden Arbeitsbegriff, nicht als Erklärung für jedes Verhalten. Ursachen von Vermeidung können verschieden sein und müssen individuell verstanden werden. [1-5]

Deniz Günay
Fachmann Betreuung EFZ, Fachrichtung Kinder
Allschwil / Region Basel
denizguenay.ch

Stand: Oktober 2026 | CC BY-NC-ND 4.0

Wozu dieses Konzept dient

Es beschreibt meinen pädagogischen Rahmen für die Begleitung von Kindern, besonders wenn Anforderungen, Übergänge, Reize oder Unsicherheit schnell zu Stress führen. Es ersetzt keine medizinische, psychologische oder logopädische Diagnostik. Ich stelle keine Diagnosen und führe keine Therapie durch.

Der Aufbau ist bewusst praxisnah: zuerst handeln, dann Methoden, danach Hintergrundwissen.

1. Handlung zuerst: Prioritäten im Alltag

1. Sicherheit und Beziehung sichern

Bei akuter Gefahr wird ruhig, klar und so wenig invasiv wie möglich geschützt. Sicherheit ist nicht verhandelbar, aber sie braucht keine Strafologik. Ausserhalb von Gefahr gilt: erst Verbindung herstellen, dann Anforderungen klären.

Praxis: An einer Strasse stoppt die erwachsene Person das Kind nötigenfalls körperlich, ohne Drohung oder Beschämung. Danach wird die Sprache reduziert und erst später besprochen, was geholfen hätte.

2. Erregung senken, bevor man erklärt

Unter hoher Anspannung sinkt die Fähigkeit, Sprache, Regeln und Folgen zu verarbeiten. Stimme, Tempo, Abstand und Reizniveau werden zuerst angepasst. Lange Erklärungen warten.

Praxis: Nach einem belastenden Schultag gibt es zuerst Ruhe, Wasser oder Zvieri und wenig Sprache. Die Frage "Wie war dein Tag?" darf warten.

3. Unnötige Anforderungen streichen

Hilfreich ist die Unterscheidung: Was ist für Sicherheit oder Gesundheit wirklich nötig? Was ist nur Gewohnheit? Was kann warten? Weniger Reibung schafft Kapazität für die wichtigen Dinge.

Praxis: Wenn Schuhe am Eingang statt im Regal niemanden gefährden, muss daraus in einem erschöpften Moment kein Machtkampf entstehen.

4. Autonomie geben, ohne zu überfordern

Echte Mitsprache unterstützt Autonomie. Zu viele Wahlmöglichkeiten können jedoch ebenfalls Druck erzeugen. Bei Erschöpfung darf eine vertraute Standardlösung angeboten werden.

Praxis: Entspannt wählt das Kind zwischen zwei Aktivitäten. Erschöpft wird nicht noch eine Entscheidung verlangt, sondern der vertraute Ablauf ruhig angeboten.

1. Handlung zuerst: Prioritäten im Alltag - Fortsetzung

5. Verarbeitungszeit lassen

Aufforderungen und Fragen werden kurz gehalten. Nach einer Information folgt echte Pause. Nicht jede Verzögerung ist Verweigerung; manchmal braucht die Verarbeitung schlicht Zeit.

Praxis: "Der Rucksack steht an der Garderobe." Danach zehn bis fünfzehn Sekunden nichts nachschieben.

6. Handlungsstart praktisch unterstützen

Exekutive Schwierigkeiten können den Start einer Aufgabe erschweren. Aufgaben werden verkleinert, vorbereitet oder gemeinsam begonnen. Ruhige Co-Präsenz kann helfen.

Praxis: Nicht "Mach dich fertig", sondern Jacke bereitlegen, den ersten Schritt zeigen und bei Bedarf still dabeibleiben.

7. Sensorik und Grundbedürfnisse mitdenken

Lärm, Licht, Kleidung, Hunger, Durst, Schmerz, Müdigkeit und körperliche Signale können Belastung verstärken. Plötzliche deutliche Verhaltensänderungen werden nicht automatisch psychologisch erklärt.

Praxis: Bei ungewohnter Reizbarkeit zuerst auch an Schmerz, Infekt, Schlafmangel, Hunger oder Überreizung denken.

8. Reflexion erst nach Erholung

Nach einer Eskalation steht Regeneration vor Aufarbeitung. Ein Nachgespräch kann später sinnvoll sein, muss aber nicht sofort und nicht immer stattfinden. Erinnerung und Sprache können unter Stress eingeschränkt sein; Gedächtnislücken werden nicht vorausgesetzt.

Praxis: Später fragen: "Gibt es etwas, das wir beim nächsten Mal anders machen sollen?" Wenn das Kind nicht sprechen möchte, wird das respektiert.

2. Methoden: Beziehung, Autonomie und Kommunikation

Personenzentrierte Haltung

Echtheit, Empathie und Wertschätzung nach Carl Rogers bilden den Grundton. Das Kind muss sich Zuwendung nicht durch Funktionieren verdienen. Humanistisch bedeutet dabei nicht grenzenlos: Erwachsene bleiben verantwortlich für Sicherheit, Respekt und den eigenen Schutz.

Praxis: "Ich sehe, dass es gerade zu viel ist. Ich bleibe da. Gleichzeitig kann ich nicht zulassen, dass jemand verletzt wird."

Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit

Die Selbstbestimmungstheorie beschreibt Autonomie, Kompetenzerleben und soziale Zugehörigkeit als zentrale psychologische Bedürfnisse. [6] In der Praxis heisst das: nicht unnötig kontrollieren, machbare Schritte ermöglichen und Beziehung auch bei Schwierigkeiten stabil halten.

Klare Sprache statt versteckter Macht

Deklarative oder indirekte Sprache kann Druck reduzieren, ist aber kein Dogma. Direkte Aussagen sind erlaubt und bei Sicherheit oft nötig. Entscheidend sind Ton, Timing, Verständlichkeit und Ehrlichkeit.

- Hilfreich: kurze Informationen, Ich-Botschaften, echte Wahlmöglichkeiten, ausreichend Pause.
- Nicht als starre Regel: Das Wort "Nein" ist nicht verboten. Ein ruhiges, ehrliches Nein mit Begründung kann sicherer sein als künstliche Umformulierungen.
- Schriftlich oder visuell: Notizen, Bilder oder Ablaufhinweise sind Angebote, keine Abarbeitungslisten.

Lob, Belohnung und Rückmeldung

Bewertendes Lob oder Belohnungssysteme können bei einzelnen Kindern Druck oder Widerstand erhöhen. Daraus folgt aber kein allgemeines Verbot. Bevorzugt werden konkrete Rückmeldungen, gemeinsame Freude und Anerkennung ohne Manipulation. Wenn ein Kind Lob gern annimmt, darf es selbstverständlich gelobt werden.

Interessen als Brücke

Spezialinteressen, Humor, Rollenspiel oder gemeinsames Tun können Übergänge erleichtern. Sie werden nicht als Tricks eingesetzt, sondern nur wenn sie zum Kind passen und die Beziehung stärken.

Praxis: Ein Kind, das gerade baut, wird nicht abrupt herausgerissen. Die Begleitung knüpft kurz am Projekt an und kündigt den Übergang verständlich an.

Body Doubling und Co-Präsenz

Ruhig im selben Raum zu sein oder parallel etwas zu tun kann einen Handlungsstart erleichtern, ohne zusätzliche Aufforderungen zu erzeugen. Dies ist eine praktische Option, keine universelle Methode.

3. Methoden: Übergänge, Sensorik und Körper

Übergänge vorbereiten

Viele Kinder profitieren von Vorlaufzeit, klaren Informationen und einem überschaubaren nächsten Schritt. Manche bevorzugen feste Routinen, andere erleben starre Pläne als Druck. Deshalb wird Struktur gemeinsam angepasst statt vorausgesetzt.

Praxis: "In zehn Minuten fahren wir los. Du kannst die Runde noch fertig bauen; danach liegt die Jacke bereit."

Dekompression nach Schule und Gruppen

Nach anspruchsvollen sozialen oder sensorischen Situationen kann eine ruhige Pufferzeit helfen. Unterschiede zwischen Schule und Zuhause können mit Masking, Erschöpfung, unterschiedlichen Anforderungen, Beziehung und vielen anderen Faktoren zusammenhängen. Sie beweisen keine einzelne Ursache.

Stimming und selbstgewählte Regulation

Repetitive Bewegungen oder Geräusche können Selbstregulation unterstützen. Sie werden nicht aus rein sozialen Gründen unterbunden, solange keine relevante Gefahr entsteht. Autistische Erwachsene beschreiben Stimming häufig als regulierend. [7]

Tiefendruck und Gewichtsdecken: freiwillig, nicht körperlich auferlegt

Wenn ein Kind vertraute sensorische Hilfen mag, können beispielsweise eine bereits bekannte Gewichtsdecke, ein schweres Kissen auf den Beinen oder andere selbstgewählte propriozeptive Reize angeboten werden. Kein Druck durch den Körper eines Erwachsenen, keine "Bärenumarmung" als Regulationstechnik und keine Fixierung. Eine randomisierte Studie fand für Gewichtsdecken keinen objektiven Schlafvorteil bei autistischen Kindern, obwohl viele Kinder und Eltern sie subjektiv mochten. [8]

Essen, Toilette und Körperpflege

Zwang und Beschämung werden vermieden. Gleichzeitig werden anhaltende Probleme nicht allein als Demand Avoidance erklärt. Bei Schmerzen, Gewichtsverlust, Verstopfung, Dehydrierung, ausgeprägter Essenseinschränkung oder anderen gesundheitlichen Auffälligkeiten gehört medizinische Abklärung dazu.

Echolalie und Sprache

Echolalie kann kommunikative, emotionale oder selbstregulierende Funktionen haben und wird nicht als "sinnloses Nachplappern" abgewertet. Die derzeit populäre Einteilung in "Gestalt Language Processing / Natural Language Acquisition" gilt jedoch nicht als ausreichend empirisch abgesicherte klinische Methode. Sprachförderung sollte individuell und evidenzinformiert erfolgen. [9,10]

Schlaf

Ruhige Abendgestaltung, Lichtreduktion und ein verlässlicher Rahmen können helfen. Schlafprobleme haben viele mögliche Ursachen. Medizinische oder medikamentöse Empfehlungen gehören in die Hände qualifizierter Fachpersonen.

4. Deeskalation und Krisen

Grundsatz: In einer Eskalation ist das Ziel nicht Gehorsam, sondern Sicherheit und Rückkehr in einen regulierbaren Zustand. Low-Arousal-orientiertes Handeln reduziert Konfrontation, Sprache und unnötige Reize.

Akutes Vorgehen in sechs Schritten

- 1. Eigene Erregung senken: Stimme leiser, Bewegungen langsamer, Gesichtsausdruck neutral und freundlich.
- 2. Sprache reduzieren: keine Debatte, keine Moralpredigt, keine langen Fragen.
- 3. Raum geben: Abstand vergrössern, Blickkontakt nicht erzwingen, Ausweg nicht blockieren.
- 4. Reize reduzieren: Publikum, Lärm, Licht oder zusätzliche Anforderungen wenn möglich verringern.
- 5. Sicherheit schützen: Gefährliche Gegenstände entfernen; bei unmittelbarer Gefahr nur so viel körperlich eingreifen wie zur Abwendung der Gefahr nötig.
- 6. Danach Erholung: Wasser, ruhiger Ort, vertraute Tätigkeit oder Snack anbieten, wenn dies zum Kind passt.

Nachbesprechung ohne Scham

Später kann gemeinsam geschaut werden, welche Signale vorher sichtbar waren und was beim nächsten Mal helfen könnte. Keine erzwungene Entschuldigung im hochbelasteten Zustand, keine Beweisführung darüber, wer "schuld" war. Wiedergutmachung kann später konkret und würdevoll erfolgen.

Praxis: Nach einem Wutanfall wird zuerst aufgeräumt und Ruhe hergestellt. Später kann die Bezugsperson fragen: "Möchtest du, dass wir zusammen überlegen, was beim nächsten Mal früher helfen könnte?"

Körperkontakt und Grenzen

Körperkontakt ist nie eine Standardmethode zur Beruhigung. Berührung erfolgt alters- und situationsangemessen, klar gewollt oder vom Kind initiiert. Ausnahme ist unmittelbarer Schutz vor Gefahr. Professionelle Nähe bedeutet verlässliche Beziehung bei gleichzeitig klaren Grenzen.

Wenn Schule nicht mehr gelingt

Schulvermeidung oder Schulabsentismus ist multifaktoriell und kann unter anderem mit Angst, neurodevelopmentalen Besonderheiten, sozialen Erfahrungen, Überforderung oder körperlichen Beschwerden zusammenhängen. [11] Deshalb keine automatische Erklärung als "PDA" oder "School Can't". Hilfreich sind gemeinsame Analyse, abgestufte Anpassungen und Zusammenarbeit mit Eltern, Schule und zuständigen Fachpersonen.

5. Professionelle Haltung und Zusammenarbeit

Eltern als zentrale Wissensquelle

Eltern kennen Verlauf, Alltag und bisherige Strategien ihres Kindes. Ihre Beobachtungen werden ernst genommen, ohne dass jede Interpretation automatisch als Diagnose übernommen wird. Ziel ist eine gemeinsame, überprüfbare Arbeitshypothese.

Praxis: "Was hilft zuhause zuverlässig? Was verschärft es? Welche Signale seht ihr früh? Was soll ich auf keinen Fall tun?"

Privatsphäre bei Übergaben

Schwierige Situationen werden nicht ausführlich vor dem Kind besprochen.
Tür-und-Angel-Gespräche bleiben kurz; sensible Themen gehören in ein separates Gespräch.

Beobachtung vor Interpretation

Dokumentiert wird zuerst, was konkret sichtbar oder hörbar war. Deutungen werden als Hypothese markiert. Das schützt vor vorschnellen Zuschreibungen wie "manipulativ", "faul", "provokativ" oder umgekehrt vor der Annahme, jedes Verhalten sei sicher durch PDA erklärt.

Beispiel: Beobachtung: "Er legt das Etui auf den Boden, dreht sich zur Wand und antwortet 40 Sekunden nicht." Hypothese: "Möglicherweise war die Aufgabenanforderung oder die Lautstärke zu viel."

Reflexion nach Gibbs und Borton

Nach belastenden Situationen helfen strukturierte Fragen: Was ist passiert? Was war vorher? Was habe ich selbst beigetragen? Welche Hypothesen sind belegt, welche offen? Was ändere ich beim nächsten Mal?

Professionelle Grenzen

- Ich stelle keine Diagnosen und ersetze keine Psychotherapie, Medizin, Ergotherapie oder Logopädie.
- Ich arbeite mit vorhandenen Diagnosen und Empfehlungen, wenn Eltern sie freiwillig teilen.
- Bei Sicherheits-, Gesundheits- oder Entwicklungsfragen empfehle ich passende Abklärung, statt pädagogisch zu "erklären", was medizinisch sein könnte.
- Schutz, Würde, Privatsphäre und transparente Absprachen haben Vorrang vor Methoden.

6. Hintergrundwissen: Was ist gut belegt, was bleibt offen?

Autismus

Autismus-Spektrum-Störung ist in ICD-11 unter 6A02 beschrieben. Diagnostik beruht auf anhaltenden Besonderheiten in sozialer Kommunikation/Interaktion und eingeschränkten, repetitiven oder sensorischen Merkmalen mit Beginn in der Entwicklung. [1]

PDA und ausgeprägte Demand Avoidance

PDA ist keine eigenständige ICD-11- oder DSM-Diagnose. Fachliteratur und Praxis verwenden teils Formulierungen wie "Autismus mit PDA-Profil" oder "demand avoidant traits". Systematische Reviews 2021 und 2026 weisen auf begrenzte, heterogene Forschung und erhebliche Probleme bei Definition und Messung hin. [2-5] Für die Praxis bedeutet das: den erlebten Bedarf ernst nehmen, aber keine Scheinsicherheit über Ursache oder Diagnose erzeugen.

Angst, Unsicherheit und Autonomie

Angst und Intoleranz gegenüber Unsicherheit werden in der Forschung als mögliche Zusammenhänge diskutiert. Ebenso berichten Betroffene von starkem Autonomiebedürfnis. Diese Erklärungen sind nicht bei jedem Kind gleich und dürfen nicht als alleiniger Mechanismus behauptet werden.

ODD ist nicht einfach "bewusster Trotz"

Oppositionelles Trotzverhalten ist eine klinische Diagnose mit definierten Verhaltens- und Emotionsmustern. Eine seriöse Abgrenzung zu Angst, Autismus, ADHS, Trauma, Entwicklungsfaktoren oder Demand Avoidance gehört in qualifizierte Diagnostik. ODD wird nicht als bloss bewusst gewähltes Widersetzen dargestellt. [1]

Stressphysiologie statt Scheingenauigkeit

Dass Stress Aufmerksamkeit, Sprache, Impulskontrolle und Verhalten beeinflusst, ist gut begründbar. Die Polyvagal-Theorie ist dagegen wissenschaftlich umstritten; zentrale Annahmen wurden kritisch diskutiert und zugleich verteidigt. Deshalb baut dieses Konzept nicht auf spezifischen polyvagalen Behauptungen auf. [12]

Masking, Erschöpfung und Burnout

Masking und kumulative Belastung können zu erheblicher Erschöpfung beitragen. "Autistic burnout" ist vor allem aus qualitativer Forschung mit autistischen Erwachsenen beschrieben und sollte bei Kindern nicht als automatische Erklärung verwendet werden. [13]

7. Was ich bewusst nicht als starre Regel verwende

- Kein Diagnoseetikett aus Verhalten allein. Demand Avoidance ist eine Beschreibung, keine automatische Ursache.
- Kein allgemeines Verbot von "Nein", Lob, Grenzen oder Struktur. Entscheidend ist, wie das einzelne Kind darauf reagiert.
- Keine Behauptung, Meltdowns zuhause würden Vertrauen "beweisen". Kontextunterschiede können viele Gründe haben.
- Keine pauschale Behauptung, Behörden oder Schulen würden Familien typischerweise falsch beurteilen. Bei Missverständnissen wird sachlich mit Beobachtungen gearbeitet.
- Keine Bärenumarmungen, kein körperlich auferlegter Tiefendruck und keine Fixierung als Regulationsmethode.
- Keine GLP/NLA-Stufen als gesicherte Sprachdiagnostik. Echolalie wird respektiert, Sprachförderung individualisiert.
- Keine neurobiologischen Absolutheiten. Begriffe wie "Notfallsystem", "Hippocampus blockiert" oder "existenzielle Bedrohung" werden nicht als pauschale Erklärung für jedes Verhalten verwendet.
- Keine automatische Erklärung von Schulabsentismus, Essen, Toilettengang oder Schmerzen durch PDA. Gesundheit und Kontext werden mitgeprüft.

Kernidee: Nicht ein Etikett bestimmt die Begleitung, sondern das konkrete Kind: seine Signale, seine Stärken, seine Familie, seine Sicherheit und das, was sich im Alltag nachvollziehbar als hilfreich erweist.

Wann zusätzliche Fachabklärung wichtig ist

- neue oder starke Schmerzen, Gewichtsverlust, Dehydrierung, ausgeprägte Schlaf- oder Ausscheidungsprobleme
- Selbstverletzung, Suizidgedanken, schwere Aggression oder wiederholte akute Gefährdung
- deutlicher Verlust bereits vorhandener Fähigkeiten
- anhaltender Schulabsentismus mit hoher Belastung
- Sprach- oder Kommunikationsfragen, bei denen logopädische Diagnostik sinnvoll ist

8. Kurzfassung für Eltern

So arbeite ich mit Ihrem Kind

- Ich baue zuerst Beziehung und Vertrauen auf und lerne die individuellen Signale Ihres Kindes kennen.
- Ich arbeite klar und verlässlich, aber ohne unnötige Machtkämpfe oder Beschämung.
- Hausaufgaben, Alltag und Freizeit werden so strukturiert, dass das Kind möglichst viel Selbstwirksamkeit erlebt.
- Bewegung, Natur, Spiel, Interessen und humorvolle Momente gehören genauso dazu wie Ruhe und Rückzug.
- Bei ADHS, Autismus oder ausgeprägter Demand Avoidance bringe ich zusätzliche Praxiserfahrung mit. Eine Diagnose ist aber keine Voraussetzung für meine Betreuung.
- Ich spreche Schwierigkeiten partnerschaftlich mit den Eltern ab und halte sensible Themen aus Gesprächen vor dem Kind heraus.
- Sicherheit und professionelle Grenzen sind selbstverständlich. Körperkontakt ist keine Beruhigungsmethode und wird nie erzwungen.

Mein Ziel: Ein Kind soll sich nicht "funktionierend" anfühlen müssen, um angenommen zu sein. Gleichzeitig braucht es einen Erwachsenen, der ruhig, verlässlich und verantwortungsvoll bleibt.

Dieses Konzept beschreibt meine pädagogische Arbeitsweise. Individuelle Absprachen mit Eltern und bereits beteiligten Fachpersonen haben Vorrang.

Quellen und fachliche Einordnung

Die Quellenliste verbindet diagnostische Standards, systematische Reviews, Forschung und klar gekennzeichnete Praxisansätze. Nicht jede genannte Methode hat dieselbe Evidenzstärke; deshalb werden im Konzept keine umstrittenen Modelle als gesicherte Neurobiologie dargestellt.

- [1] World Health Organization. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: WHO; 2024. Autism spectrum disorder 6A02; Oppositional defiant disorder 6C90.
- [2] National Autistic Society. Demand avoidance. Current guidance page, accessed October 2026. Notes that demand avoidance is under-researched and contested and that PDA is not clinically recognised as a standalone diagnosis.
- [3] Kildahl AN, Helverschou SB, Rysstad AL, et al. Pathological demand avoidance in children and adolescents: A systematic review. *Autism*. 2021;25(8):2162-2176. doi:10.1177/13623613211034382.
- [4] Company D, Rotella JA. A Systematic Review of Pathological Demand Avoidance (PDA): A Veritable Diagnosis or a Case of Circular Logic? *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2026. doi:10.1007/s10803-026-07432-y.
- [5] PDA Society. Research priorities; identifying and assessing a PDA profile; professional practice guidance. Current web resources, accessed October 2026. The Society itself highlights the need for more robust research.
- [6] Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000;55(1):68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68.
- [7] Kapp SK, Steward R, Crane L, et al. "People should be allowed to do what they like": Autistic adults' views and experiences of stimming. *Autism*. 2019;23(7):1782-1792. doi:10.1177/1362361319829628.
- [8] Gringras P, Green D, Wright B, et al. Weighted blankets and sleep in autistic children - a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2014;134(2):298-306. doi:10.1542/peds.2013-4285.

Quellen und fachliche Einordnung - Fortsetzung

[9] Hutchins TL, Knox SE, Fletcher EC. Natural language acquisition and gestalt language processing: A critical analysis of their application to autism and speech language therapy. Autism and Developmental Language Impairments. 2024;9. doi:10.1177/23969415241249944.

[10] Bryant L, Bowen C, Grove R, et al. Systematic Review of Interventions Based on Gestalt Language Processing and Natural Language Acquisition (GLP/NLA). Current Developmental Disorders Reports. 2025;12:2. doi:10.1007/s40474-024-00312-z.

[11] Leduc K, Tougas AM, Robert V, Boulanger C. School Refusal in Youth: A Systematic Review of Ecological Factors. Child Psychiatry & Human Development. 2024;55(4):1044-1062. doi:10.1007/s10578-022-01469-7.

[12] Grossman P. Fundamental challenges and likely refutations of the five basic premises of the polyvagal theory. Biological Psychology. 2023;180:108589. doi:10.1016/j.biopsycho.2023.108589. Note: the theory remains actively debated in the literature.

[13] Raymaker DM, Teo AR, Steckler NA, et al. Defining autistic burnout. Autism in Adulthood. 2020;2(2):132-143. doi:10.1089/aut.2019.0079.

[14] Rogers CR. On Becoming a Person. Boston: Houghton Mifflin; 1961. Classic foundation of person-centred practice.

[15] McDonnell AA. Managing Aggressive Behaviour in Care Settings: Understanding and Applying Low Arousal Approaches. Wiley-Blackwell; 2010. Practice framework for non-confrontational crisis support.

Hinweis: Dieses Dokument ist ein pädagogisches Handlungskonzept, keine medizinische Leitlinie.