

Wirkung von KVT bei Angststörungen von Kindern und Jugendlichen

Kognitive Verhaltenstherapie gegen Angststörungen

Wie wirksam ist eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei Angststörungen von Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren, im Vergleich zu Warteliste/keiner Behandlung, Regelversorgung, Aufmerksamkeitskontrolle, alternativer Behandlung und Medikation?

Text: Simon Haug

Vorausgegangene Cochrane Reviews haben gezeigt, dass die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bei der Behandlung von Angststörungen im Kindesalter wirksam ist. Jedoch bleiben Fragen zu folgenden Aspekten offen: aktuelle Evidenz für die relative Wirksamkeit und Akzeptanz von KVT im Vergleich zu Wartelisten/keiner Behandlung, Regelversorgung, Aufmerksamkeitskontrollen und alternativen Behandlungen; Vorteile bei einer Reihe von Endpunkten; Langzeitwirkungen; Endpunkte bei verschiedenen Formen der Durchführung; und bei Kindern mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) und Kindern mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Zielsetzungen

Ziel des Reviews war die Untersuchung der Wirkung von KVT bei Angststörungen im Kindesalter, im Vergleich zu

Warteliste/keiner Behandlung, Regelversorgung, Aufmerksamkeitskontrolle, alternativer Behandlung und Medikation.

Suchstrategie

Wir durchsuchten das Cochrane Common Mental Disorders Controlled Trials Register (alle Jahre bis 2016), das Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), MEDLINE, Embase und PsycINFO (jeweils bis Oktober 2019), internationale Studienregister und führten Recherchen in der grauen Literatur durch.

Auswahlkriterien

Wir schlossen randomisierte, kontrollierte Studien zu KVT ein, die direkten Kontakt mit dem Kind, den Eltern oder beiden beinhalteten, und schlossen Nicht-KVT-Vergleichsstudien ein (Warteliste/keine Behandlung, Regel-

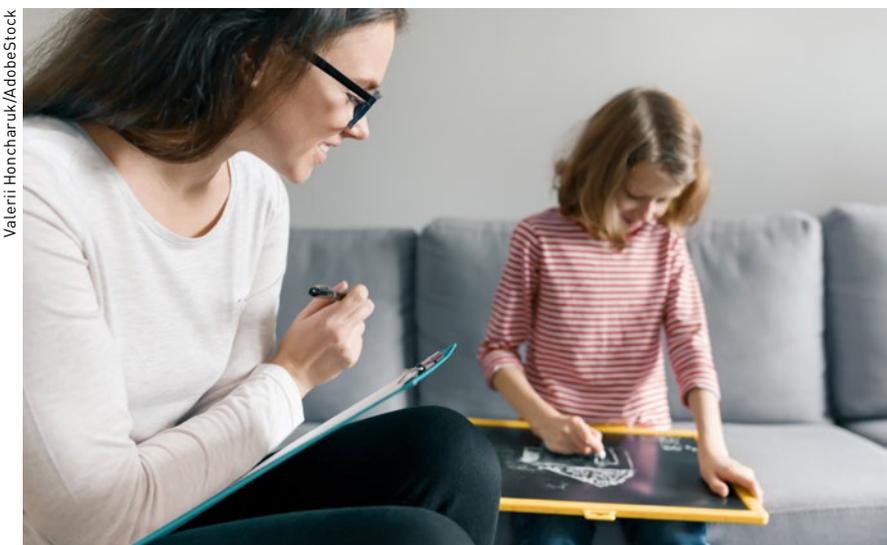
versorgung, Aufmerksamkeitskontrolle, alternative Behandlung und medikamentöse Behandlung). Die Teilnehmer waren jünger als 19 Jahre und erfüllten die diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer Angststörung. Primäre Endpunkte waren die Remission der primären Diagnose der Angststörung nach der Behandlung und die Akzeptanz (Anzahl der Teilnehmer, die nicht an der Nachbeurteilung der Behandlung teilnahmen). Zu den sekundären Endpunkten gehörten die Remission aller Diagnosen von Angststörung, die Verminderung der Angstsymptome, die Verminderung der depressiven Symptome, die Verbesserung der allgemeinen Funktionsfähigkeit, die unerwünschten Wirkungen und die Langzeitwirkungen. Wir haben die von Cochrane empfohlenen methodischen Standardverfahren verwendet. Zur Bewertung der Qualität der Evidenz wurde der GRADE-Ansatz genutzt.

Hauptergebnisse

Wir schlossen 87 Studien mit insgesamt 5964 Teilnehmern in die quantitative Analyse ein.

Im Vergleich zur Warteliste/keiner Behandlung erhöht KVT wahrscheinlich die Remission der primären Diagnosen der Angststörung nach der Behandlung (KVT: 49,4%, Warteliste/keine Behandlung: 17,8%; OR 5,45, 95% Konfidenzintervall (KI) 3,90 bis 7,60; n = 2697, 39 Studien, moderate Qualität); Anzahl, die zur Behandlung für ein zusätzliches positives Ergebnis erforderlich ist (NNTB) 3 (95% KI 2,25 bis 3,57) und alle Diagnosen der Angststörung (OR 4,43, 95% KI 2,89 bis 6,78; n = 2075, 28 Studien, moderate Qualität).

Evidenz von niedriger Qualität zeigte keinen Unterschied zwischen KVT und Regel-



Valerii Honcharuk/AdobeStock

Bezüglich aktueller Evidenz für die relative Wirksamkeit und Akzeptanz einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Angststörung von Kindern bleiben Fragen offen.

versorgung in der Remission von primären Angststörungen nach der Behandlung (OR 3,19, 95% KI 0,90 bis 11,29; n = 487, 8 Studien), aber sie deutet darauf hin, dass KVT die Remission von allen Angststörungen im Vergleich zur Regelversorgung erhöhen könnte (OR 2,74, 95% KI 1,16 bis 6,46; n = 203, 5 Studien).

Im Vergleich zur Aufmerksamkeitskontrolle könnte KVT die Remission von primären Angststörungen nach der Behandlung erhöhen (OR 2,28, 95% KI 1,33 bis 3,89; n = 822, 10 Studien, niedrige Qualität) und allen Angststörungen (OR 2,75, 95% KI 1,22 bis 6,17; n = 378, 5 Studien, niedrige Qualität).

Die Daten reichten nicht aus, um KVT mit alternativen Behandlungen bezüglich der Remission von primären Angststörungen nach der Behandlung zu vergleichen, und die niedrige Qualität der Evidenz zeigte, dass es möglicherweise nur einen geringen bis keinen Unterschied zwischen diesen Gruppen auf die Remission aller Angststörungen nach der Behandlung gibt (OR 0,89, 95% KI 0,35 bis 2,23; n = 401, 4 Studien).

Evidenz von niedriger Qualität zeigte keinen Unterschied für die Akzeptanz zwischen KVT und Warteliste/keiner Behandlung (OR 1,09, 95% KI 0,85 bis 1,41; n=3158, 45 Studien), Regelversorgung (OR 1,37, 95% KI 0,73 bis 2,56; n = 441, 8 Studien), Aufmerksamkeitskontrolle (OR 1,00, 95% KI 0,68 bis 1,49; n = 797, 12 Studien) und alternativer Behandlung (OR 1,58, 95% KI 0,61 bis 4,13; n=515, 7 Studien).

In keiner der Studien wurden unerwünschte Wirkungen berichtet; in den wenigen Studien, in denen auf unerwünschte Wirkungen verwiesen wurde, war jedoch nicht klar, dass diese systematisch überwacht wurden.

Die Ergebnisse aus den Endpunkten zu den Angstsymptomen, den allgemeinen Endpunkten, den längerfristigen Endpunkten und den Subgruppenanalysen sind im Text aufgeführt.

Wir fanden keine Evidenz für konsistente Unterschiede in den Endpunkten in Abhängigkeit von der Form der Durchführung (z.B. individuell versus Gruppe; Umfang der Kontaktzeit mit dem Therapeuten) oder zwischen Stichproben mit und ohne ASS. Keine der Studien schloss Kinder mit intellektuellen Beeinträchtigungen ein.

Schlussfolgerungen

KVT ist wahrscheinlich kurzfristig effektiver als Wartelisten/keine Behandlung und ist möglicherweise effektiver als eine Aufmerksamkeitskontrolle. Wir fanden wenig bis keine Evidenz über alle Endpunkte hinweg, dass KVT der Regelversorgung oder alternativen Behand-

lungen überlegen ist, aber das Vertrauen in diese Ergebnisse ist aufgrund von Bedenken bezüglich des Umfangs und der Qualität der verfügbaren Evidenz begrenzt, und wir wissen immer noch wenig darüber, wie wir die Ergebnisse am effizientesten verbessern können.

Original Cochrane Review:

James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD013162. DOI: 10.1002/14651858.CD013162.pub2. Accessed 04 May 2021.

Diese Cochrane-Abstract-Übersetzung wurde im Rahmen der FIT-Nursing Care Webseite (Nationales Kompetenzzentrum für Evidenzbasierte Pflege - swissEBN) in Zusammenarbeit mit Cochrane Deutschland erstellt.

Autor

Simon Haug, BSc, Wissenschaftlicher Assistent, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW, St.Gallen, simon.haug@ost.ch

Fit-Nursing Care

Wissen, was wirkt

Der «Cochrane Pflege Corner» ist eine Rubrik der Plattform FIT-Nursing Care. Die Beiträge zeigen den aktuellen Stand der Forschung in Form von Übersetzungen von Abstracts von Cochrane Reviews auf. Dabei werden unterschiedliche pflegerische Themen aufgegriffen. Ziel ist es, den Pflegefachpersonen Forschungsergebnisse schneller und direkter zur Verfügung zu stellen. Die Serie versteht sich auch als Ergänzung zur vom SBK mitinitiierten forschungs- und IT-gestützten Internetplattform FIT-Nursing Care, die internationale Forschungsergebnisse für Pflegefachpersonen in deutscher Sprache praxisnah darstellt.

www.fit-care.ch, www.cochrane.de

INSERAT

 **Berner Bildungszentrum Pflege**

Pflegen Sie Ihre Zukunft

Infoveranstaltungen September
07.09.2021
Nachdiplomstudium NDS HF
Intensivpflege Erwachsene
Nachdiplomstudium NDS HF
Intensivpflege Pädiatrie

Pflege alle Perspektiven
weiterbildung.bzpflege.ch