



Die Rolle von kognitiver Verhaltenstherapie bei Insomnie bei Frauen in den Wechseljahren

Simona Ott
Universität Bern, Bern, Schweiz

Zusammenfassung

Hintergrund: Insomnie ist eines der häufigsten Symptome bei Frauen während der Wechseljahre und beeinträchtigt Betroffene sehr.

Ziel der Arbeit: Ziel der Arbeit ist, den Effekt von kognitiver Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I) bei Frauen peri- und postmenopausal zu untersuchen.

Material und Methode: Studien, welche auf Ovid Medline und Google Scholar publiziert wurden und die Wirkung von KVT-I bei Frauen in den Wechseljahren untersucht haben. Für Behandlungsoptionen werden die S3-Leitlinien für Insomnie verwendet.

Ergebnisse: Die kognitive Verhaltenstherapie ist eine sehr wirkungsvolle Therapie bei Frauen während der Wechseljahre mit Insomnie. In allen untersuchten Studien war es die Therapie mit den erfolgreichsten Ergebnissen, egal ob die Therapie „face to face“, telefonbasiert, in Gruppen oder online durchgeführt wurde. Die Schlafrestriktionstherapie konnte ähnlich überzeugende Resultate liefern. Vor allem in Bezug auf depressive Symptome und maladaptives Denken hat die SRT ähnlich gute Ergebnisse wie die KVT-I aufgezeigt [13]. Nicht eindeutige Resultate wurden in beiden Interventionsgruppen zur Funktionsfähigkeit am Tag, der Arbeitsleistung sowie der allgemeinen Lebensqualität gezeigt [14]. Die SHA zeigte in allen Studien einen geringen bis keinen Effekt. Insomnie-Remittierte wiesen ein generell besseres Gesundheitsempfinden nach der Therapie auf.

Schlüsselwörter

Menopause · Schlafstörung · Verhaltenstherapie · Schlafrestriktionstherapie · Schlafhygiene

Einleitung

Für viele Frauen ist die Hormonumstellung während der Wechseljahre mit Hitzewallungen, nächtlichem Schwitzen, sexueller Dysfunktion und Schlafstörungen verbunden [1].

Schlafstörungen sind eine der häufigsten Symptome rund um die Menopause. Laut der Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) liegt die Prävalenz für Schlafstörungen bei 39–47% peri- und 35–60% postmenopausal [2].

Schlafstörungen beeinträchtigen nicht nur den nächtlichen Schlaf, sondern haben auch einen negativen Effekt auf die Produktivität tagsüber und hängen mit einem allgemein schlechteren Gesundheitsemp-

finden zusammen. Negative gesundheitliche Folgen wie Depressionen, Diabetes, Adipositas und kardiovaskuläre Erkrankungen sind mit Schlafstörungen assoziiert [3].

Beeinflussende und aufrechterhaltende Faktoren der Schlafstörungen sind die hormonellen Veränderungen und andere menopausebedingte Beschwerden. Zudem kommen psychosoziale, sozioökonomische und kulturelle Faktoren hinzu, welche eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Schlafstörungen haben [3].

Obwohl Schlafstörungen ein häufiges Symptom während der Wechseljahre darstellen, sind die Behandlungsoptionen für diese Frauen immer noch sehr limitiert [4].

In diesem Artikel wird die aktuelle, entsprechende und wissenschaftliche Litera-

Basierend auf der Masterarbeit von Simona Ott.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

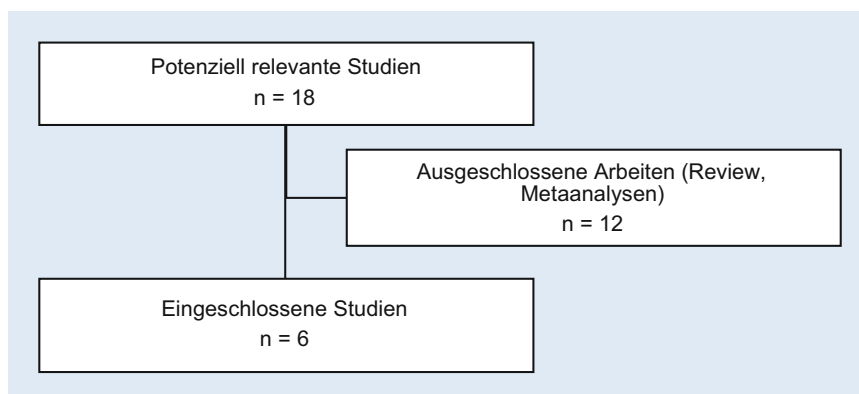


Abb. 1 ▲ Suchstrategie

tur analysiert, um herauszufinden, welche Effekte die kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie bei der Behandlung von Schlafstörungen bei Frauen in den Wechseljahren hat. Da die Insomnie die häufigste Schlafstörung [5] während der Wechseljahre ist, wird ausschliesslich auf diese eingegangen.

Definition Insomnie

Die Insomnie ist durch ein Missverhältnis zwischen Schlafbedürfnis und Schlafvermögen gekennzeichnet. Die Schlafstörung ist charakterisiert durch eine verlängerte Einschlafzeit am Abend, vermehrte Wachphasen in der Nacht und frühes Erwachen am Morgen. Situativ und transient auftretende Insomnien werden meist nicht behandelt, nur die chronische Insomnie wird für die Patient*innen zur Belastung und bedarf einer Therapie. Als chronifiziert gilt nach ICD-10 eine Insomnie, bei der die Symptome über 4 Wochen persistieren. Diese Patient*innen weisen meist eine negative Beziehung zum Schlaf auf, wodurch es zu somatischen Übererregungen vor dem Zu-Bett-Gehen kommen kann. Eine chronische Insomnie führt zu reduzierter Produktivität, psychosozialen Leistungseinschränkungen sowie einer generell schlechteren Gesundheit [6, 7].

Mögliche Therapien bei Insomnie

S3-Leitlinien-gerecht sollte als erste Behandlungsoption bei Erwachsenen immer die kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie durchgeführt werden [6]. Wenn diese Therapie nicht effektiv genug ist oder nicht durchgeführt werden kann, können

pharmakologische Interventionen angeboten werden. Zum einen können Benzodiazepine eingesetzt werden, welche vorwiegend für den kurzfristigen Gebrauch (max. 3–4 Wochen) zugelassen sind [6]. Sie sind aufgrund ihres hohen Abhängigkeitspotenzials nicht geeignet, um eine chronische Insomnie zu behandeln [8]. Zudem ist durch die lange Halbwertszeit mit einem Hangover-Effekt zu rechnen, welcher die morgendliche Leistungsfähigkeit einschränken kann. Andererseits können sedierende Antidepressiva eingesetzt werden [6]. Diese werden vor allem bei Patient*innen mit Depressionen und damit einhergehenden Schlafstörungen verabreicht. Eine weitere pharmakologische Intervention stellen Antipsychotika dar [6]. Sie werden oft in der Geriatrie oder bei durch psychotische Erkrankungen verursachten Schlafstörungen eingesetzt. Pflanzliche Präparate konnten bislang in keiner Studie einen messbar positiven Effekt erzielen. Trotzdem haben diese Präparate hohe Verkaufszahlen [6].

Die einzige weitere Therapie für Frauen mit Insomnie während der Wechseljahre ist die Hormonersatztherapie (HRT). Diese Therapie ergab in Studien jedoch gemischte Resultate. In der Metaanalyse von Attrian et al. (2014) wurden 23 Studien untersucht. 14 Studien zeigten positive Effekte der HRT auf die Insomnie. Die restlichen 9 zeigten gemischte oder negative Resultate [4].

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Die kognitive Verhaltenstherapie ist stark mit der Psychologie des Lernens verbunden. In dieser Therapie werden ungesun-

de Verhaltensmuster erkannt und in neue gesunde Verhaltensmuster umgewandelt. Bei der kognitiven Verhaltenstherapie bei Insomnie (KVT-I) werden somit die ursächlichen Fehlkognitionen für die Schlafstörung systematisch erkannt und durch neue, gesunde Verhaltensmuster korrigiert. Beispielsweise wachhaltende abendliche Tätigkeiten wie Fernsehen werden durch schlafanregende Rituale ersetzt [8].

Die Therapie besteht aus mehreren verschiedenen Interventionen, welche miteinander kombiniert oder auch einzeln angewendet werden können. Die einzelnen Elemente der kombinierten KVT-I sind Psychoedukation, Achtsamkeitsübungen, Stimuluskontrolle, Schlafhygieneaufklärung (SHA), Schlafrestriktionstherapie (SRT), Schlaftagebuch, kognitive Interventionen und Sport. Die kombinierte Variante verschiedener Interventionen führt zu allgemein besserer Wirksamkeit [8].

Kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie in den Wechseljahren

Fragestellung

Im folgenden Abschnitt wird diskutiert, warum die kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie bei Frauen in den Wechseljahren mit Insomnie angewendet wird. Zusätzlich wird untersucht, welche Effekte die KVT-I auf andere Beschwerden während der Wechseljahre, wie depressive Symptome und die allgemeine Lebensqualität, hat und wie sich die kombinierte KVT-I von einzeln angewendeten verhaltenstherapeutischen Interventionen unterscheidet. Die einzeln angewendeten Interventionen sind die Schlafrestriktionstherapie (SRT) und eine standardisierte Schlafhygieneaufklärung (SHA).

Methode und Material

Es wurde eine Literatursuche zur kognitiven Verhaltenstherapie bei Insomnie in den Wechseljahren gemacht. Dazu wurden Ovid Medline und Google Scholar verwendet. Die Schlagwörter „menopause“, „insomnia“ und „cognitive behavioral therapy“ wurden genutzt (▣ Abb. 1). Da sich die KVT-I in der zusammenfassenden

Tab. 1 Resultate Insomnie und Schlafqualität [1, 10–12]									
Autor Jahr [Ref.]	Studiendesign	Kohorte	Messgeräte	Intervention	ISI-Score vorher (VI oder SA)	ISI-Score-Abnahme (VI oder SA) Nach Intervention	PSQI vorher (VI oder SA)	PSQI-Abnahme (VI oder SA) Nach Intervention	
McCurry et al. 2016 [10]	Randomisierte klinische Studie	106 peri- oder postmenopausale Frauen	ISI-Score PSQI-Score Schlafstagebuch	KVT-I KG	15,6 (VI = 14,8–16,4) 16,8 (VI = 15,8–17,9)	-9,9 (VI = -11,2--8,7) -4,7 (VI = -6,1--3,3)	8,9 (VI = 8,2–9,2) 9,2 (VI = 8,6–10,3)	-4,0 (VI = -5,0--3,1) -1,4 (VI = -2,1--0,7)	
Drake et al. 2019 [11]	Randomisierte klinische Studie	150 postmenopausale Frauen	ISI-Score Schlafstagebuch	KVT-I SRT SHA	14,94 (SA = 3,97) 15,2 (SA = 3,67) 15,36 (SA = 4,36)	-7,7 (d = 1,43) -6,56 (d = 1,66) -1,12 (d = 0,37)	-	-	
Farsani et al. 2021 [12]	Randomisierte klinische Studie	46 postmenopausale Frauen	ISI-Score PSQI-Score Schlafstagebuch	KVT-I KG	17,95 (SA = 4,37) 18,00 (SA = 4,24)	-10,73 (VI = -12,7--8,21) -0,91 (VI = -1,45--3,28)	11,50 (SA = 2,24) 11,70 (SA = 2,34)	-7,86 (VI = -9,21--6,51) 0,17 (VI = -0,84--1,18)	
Abdelaziz et al. 2021 [1]	Randomisierte klinische Studie	80 postmenopausale Frauen	ISI-Score PSQI-Score Schlafstagebuch	KVT-I KG	13,40 (SA = 4,35) 11,68 (SA = 3,6)	-5,10 (SA = 3,54) -0,48 (SA = 2,03)	10,50 (SA = 2,73) 9,63 (SA = 2,56)	-3,60 (SA = 2,76) -0,10 (SA = 0,44)	

ISI-Score Insomnia Severity Scale, PSQI-Score Pittsburgh Sleep Quality Index, KVT-I kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie, SRT Schlafrestriktionstherapie, SHA Schlafhygieneaufklärung, KG Kontrollgruppe, SA Standardabweichung, VI Vertrauensintervall, d Effektstärke

Analyse der MsFLASH-Studien (Menopausal Strategies: Finding Lasting Answers to Symptoms and Health) bereits als überragende Therapie gegenüber Escitalopram, Yoga, Sport (Aerobic), supplementären Omega-3-Fettsäuren, Östrogensatztherapie und Venlafaxin erwiesen hat, wurden nur Studien eingeschlossen, welche die KVT-I mit verhaltenstherapeutischen Interventionen verglichen [9]. Die verhaltenstherapeutischen Interventionen sind die Schlafrestriktionstherapie (SRT) und die Schlafhygieneaufklärung (SHA), beide Interventionen werden auch im Rahmen der KVT-I kombiniert angewendet. Eingeschlossen wurden ebenfalls Studien, die den Effekt von KVT-I auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität untersucht haben.

Resultate

Sechs Studien wurden eingeschlossen. Alle eingeschlossenen Studien untersuchten den Effekt der kognitiven Verhaltenstherapie bei Insomnie bei Frauen in der Perimenopause und nach der Menopause mit Insomniesymptomen. Alle Studien sind randomisiert-kontrollierte klinische Studien. Eingeschlossen wurden Frauen, welche peri- oder postmenopausal waren. Die Probandinnen durften bei allen Studien keine anderen primären Schlafstörungen (z. B. Schlafapnoesyndrom) aufweisen und keine schlafbeeinflussenden Medikamente einnehmen [1, 10–14].

Bei der Studie von McCurry et al. erhielt die Interventionsgruppe während acht Wochen sechs telefonbasierte KVT-I-Sitzungen. Die Kontrollgruppe wurde allgemein über die Menopause und Frauengesundheit informiert. Die 106 Probandinnen waren zwischen 40 und 65 Jahre alt. Gemessen wurden die Resultate mit dem Insomnia Severity Score (ISI-Score) und dem Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), zusätzlich wurde von den Probandinnen ein Schlafstagebuch geführt ([10]; Tab. 1 und 2).

Bei der Interventionsgruppe wurde eine grosse Reduktion im ISI-Score beobachtet. Insgesamt 70 % der Frauen hatten nach der Therapie einen ISI-Score unter 7 Punkten, sprich keine Insomnie konnte mehr festgestellt werden. Der PSQI-Score verminderte sich ebenfalls. Entsprechend

Tab. 2 Fragebogenbewertung [10, 13, 14]	
Fragebogen	Bewertung
ISI-Score (Insomnia Severity Score)	0–28 Punkte, je grösser die Punktzahl, desto schlimmer die Insomnie
PSQI-Score (Pittsburgh Sleep Quality Index)	0–21 Punkte, je grösser die Punktzahl, desto schlechter die Schlafqualität
BDI-II (depressive Symptome)	0–63 Punkte, je grösser die Punktzahl, desto schlimmer die depressiven Symptome
DBAS (maladaptives Denken)	> 4 Punkte, irrationale oder dysfunktionale Gedanken gegenüber Schlaf
PSAS Somatic (Übererregung)	8–40 Punkte, je höher die Punktzahl, desto grösser die Übererregung vor dem Schlaf
FSS (Schläfrigkeit)	9–63 Punkte, je höher die Punktzahl, desto grösser die Schläfrigkeit durch den Tag, > 36 schwere Schläfrigkeit
WPAI % Impaired at work (Arbeitsbeeinträchtigung)	0–100 %, je grösser die Prozentzahl, desto grösser die Arbeitsbeeinträchtigung
SF-36 Role Limitations, Physical (Widerstandsfähigkeit gegenüber körperlichen Problemen)	0–100 Punkte, je höher die Punktzahl, desto besser die Lebensqualität

wurde die Schlaffeffizienz besser und die Schlafverzögerung sowie die Wachepisodes wurden durch die Behandlung verringert. Die Schlaffeffizienz zeigt auf, wie viel Prozent der Bettzeit wirklich geschlafen wird. Zudem konnte die allgemeine Schlafqualität der Interventionsgruppe deutlich verbessert werden. In der Kontrollgruppe konnte ebenfalls ein Effekt beobachtet werden, jedoch deutlich kleiner als in der Interventionsgruppe [10].

Die 150 Probandinnen in der Studie von Drake et al. [11] wurden randomisiert in eine von drei Gruppen eingeteilt. Sie erhielten innert sechs Wochen sechsmal eine KVT-I, eine Schlafrestriktionstherapie (SRT) innerhalb von zwei Wochen oder für sechs Wochen wöchentlich ein E-Mail mit der Schlafhygieneaufklärung (SHA). Ebenfalls wurden in dieser Studie der ISI-Score und ein Schlaftagebuch als Messgeräte genutzt ([11]; **Tab. 1 und 2**).

Im Vergleich zur Untersuchung vor der Intervention konnte in der KVT-I-Gruppe eine durchschnittliche Reduktion der Insomnie von 7,7 Punkten im ISI-Score beobachtet werden. Zusätzlich wurde von diesen Frauen eine signifikant bessere Schlafqualität dokumentiert. Die totale Schlafzeit verlängerte sich und die nächtlichen Wachepisodes wurden weniger. In der SRT-Gruppe reduzierte sich der ISI-Score um durchschnittlich 6,56 Punkte und die dokumentierte Schlafqualität nahm ebenfalls

zu. Die SHA konnte zu keiner signifikanten Verbesserung der Insomnie führen [11].

Vergleichbare Resultate wurden auch in zwei arabischen Studien beobachtet, welche den Effekt einer online-basierten und einer gruppentherapeutischen KVT-I untersuchten. In beiden Studien wurde mit einer passiven Kontrollgruppe (KG) verglichen [1, 12].

In der Studie von Farsani et al. erhielt die Hälfte der 46 postmenopausalen Frauen sechs gruppentherapeutische KVT-I-Sitzungen in sechs Wochen. Gemessen wurden die Resultate mit dem ISI-Score und PSQI-Score, die Probandinnen führten zusätzlich ein Schlaftagebuch ([12]; **Tab. 1 und 2**).

Der ISI-Score in der KVT-I-Gruppe verringerte sich durchschnittlich um ca. 10 Punkte verglichen mit dem Wert vor der Intervention. Der PSQI-Score konnte ebenfalls signifikant gesenkt werden. Die Schlafdauer konnte durch die KVT-I verlängert werden und es wurde eine bessere Schlafqualität von den Frauen dokumentiert [12].

Auch die Hälfte der 80 postmenopausalen Probandinnen in der Studie von Abdelaziz et al. wurde in eine Interventionsgruppe randomisiert. Die Interventionsgruppe erhielt eine KVT-I, in der sie sechs Online-Module bearbeitete, dazu erhielt sie via Telefon, SMS oder E-Mail regelmässige Rückmeldungen, auch durfte sie sich auf diesem Weg mit den Therapeuten austau-

schen und Fragen stellen. Der ISI-Score, PSQI-Score und ein Schlaftagebuch wurden als Messgeräte der Resultate genutzt [1].

Eine Reduktion von durchschnittlich 5,10 Punkten im ISI-Score und 3,60 Punkten im PSQI-Score im Vergleich zu vor der Intervention wurde in der Interventionsgruppe beobachtet. Nächtliches Erwachen wurde weniger und die totale Schlafdauer konnte verlängert werden. In beiden Studien konnten in der Kontrollgruppe keine Veränderungen beobachtet werden [1, 12].

Kalmbach et al. untersuchten mit derselben Kohorte der oben genannten Studie von Drake et al. die Auswirkung der KVT-I auf depressive Symptome, maladaptives Denken und somatische Übererregung. Verglichen wurde die KVT-I mit der SRT und der SHA. Gemessen wurden die Resultate mit standardisierten Fragebögen [13].

Zur Auswertung der Resultate wurde jeweils eine Varianzanalyse zwischen der Baseline-Messung und der Messung direkt nach der Behandlung oder dem sechsmonatigen Follow-up gemacht (**Tab. 2 und 3**).

In der SRT-Gruppe wurde eine kleine Reduktion und in der KVT-I-Gruppe eine mittlere Reduktion der depressiven Symptome dokumentiert, obwohl keine signifikante Interaktion von Behandlung und Zeit gezeigt werden konnte ($p=0,12$). Bei der Nachkontrolle nach sechs Monaten konnte bei beiden Gruppen eine weitere Reduktion der Symptome festgestellt werden. Maladaptives Denken konnte in der KVT-I-Gruppe und der SRT-Gruppe verbessert werden, wobei die KVT-I-Gruppe die stärkeren Verbesserungen zeigte. Eine langfristige Verbesserung der somatischen Übererregung konnte nur bei der KVT-I-Gruppe beobachtet werden. In der SHA-Gruppe konnte keine Verbesserung in allen Symptomen beobachtet werden [13].

Ebenfalls mit der Kohorte von Drake et al. wurden von Kalmbach et al. die Auswirkungen der KVT-I auf die Funktionsfähigkeit am Tag, die Arbeitsleistung und die Lebensqualität bei Frauen nach der Menopause mit Insomnie untersucht. Auch in dieser Studie wurde die KVT-I mit der SRT und der SHA verglichen. Als Messge-

Tab. 3 Resultate der Studien für Lebensqualität und depressive Symptome [13, 14]						
Autor Jahr [Ref.]	Studiendesign	Kohorte	Messgeräte	Intervention	Resultate (vor, nach Intervention; Effektstärke d)	Resultat (nach 6-monatigem Follow-up; Effektstärke d)
Kalmbach et al. 2019 [13]	Randomisierte, klinische Studie	117 postmenopausale Frauen	BDI-II (depressive Symptome)	KVT-I	8,93 (SA = 4,85), 6,38 (SA = 4,76); d = 0,55	5,24 (SA = 4,88); d = 0,79
				SRT	6,77 (SA = 4,15), 5,65 (SA = 4,84); d = 0,31	5,24 (SA = 3,81); d = 0,50
				SHA	8,80 (SA = 5,62), 7,95 (SA = 5,93); kein Effekt	7,56 (SA = 5,42); kein Effekt
			DBAS (maladaptives Denken)	KVT-I	4,28 (SA = 1,32), 2,90 (SA = 1,48); d = 1,05	2,87 (SA = 1,48); d = 0,97
				SRT	4,32 (SA = 1,33), 3,68 (SA = 1,21); d = 0,70	3,51 (SA = 1,24); d = 0,84
				SHA	4,52 (SA = 1,67), 4,39 (SA = 1,78); kein Effekt	4,33 (SA = 1,35); kein Effekt
			PSAS Somatic (Übererregung)	KVT-I	19,15 (SA = 6,87), 14,19 (SA = 5,21); d = 0,89	14,00 (SA = 4,83); d = 1,06
				SRT	18,91 (SA = 6,62), 16,65 (SA = 5,60); d = 0,61	18,80 (SA = 6,34); kein Effekt
				SHA	21,46 (SA = 7,87), 17,50 (SA = 7,34); kein Effekt	18,36 (SA = 7,26); kein Effekt
Kalmbach et al. 2019 [14]	Randomisierte, klinische Studie	150 postmenopausale Frauen	FSS (Schläfrigkeit)	KVT-I	31,78 (SA = 10,89), 28,20 (SA = 10,32); d = 0,43	25,35 (SA = 10,41); d = 0,81
				SRT	33,28 (SA = 11,99), 29,90 (SA = 12,08); d = 0,44	28,49 (SA = 10,74); d = 0,48
				SHA	32,50 (SA = 11,68), 32,32 (SA = 11,95); kein Effekt	32,31 (SA = 10,95); kein Effekt
			WPAI % Impaired at work (Arbeitsbeeinträchtigung)	KVT-I	32,56 (SA = 29,62), 17,44 (SA = 21,24); d = 0,56	13,03 (SA = 25,55); d = 0,70
				SRT	27,74 (SA = 24,59), 18,53 (SA = 19,56); d = 0,50	12,67 (SA = 15,74); d = 0,84
				SHA	28,06 (SA = 27,74), 30,79 (SA = 26,75); kein Effekt	25,16 (SA = 27,79); kein Effekt
			SF-36 Role Limitations, Physical (Widerstandsfähigkeit gegenüber körperlichen Problemen)	KVT-I	74,50 (SA = 32,53), 79,00 (SA = 32,48); kein Effekt	89,53 (SA = 22,65); d = 0,48
				SRT	73,47 (SA = 36,59), 86,73 (SA = 28,46); d = 0,35	87,79 (SA = 27,48); d = 0,52
				SHA	64,00 (SA = 34,32), 67,00 (SA = 35,87); kein Effekt	73,86 (SA = 33,22); d = 0,33

BDI-II Beck Depression Inventory, 2nd edition, *DBAS* Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale, *PSAS Somatic* Presleep Arousal Scale, somatic factor, *FSS* Fatigue Severity Scale, *WPAI % Impaired at work* Work Productivity and Activity Impairment, *SF-36* 36-item Medical Outcomes Study Short Form Health Survey, *KVT-I* kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie, *SRT* Schlafrestriktionstherapie, *SHA* Schlafhygieneaufklärung, *SA* Standardabweichung

räte wurden standardisierte Fragebögen genutzt (Tab. 2 und 3; [14]).

Zur Auswertung der Resultate wurde jeweils eine Varianzanalyse zwischen der Baseline und nach der Behandlung oder dem sechsmonatigen Follow-up gemacht.

Die Funktionsfähigkeit am Tag wurde in Erschöpfungssymptome, Energie und Schläfrigkeit durch den Tag unterteilt. Eine moderate Verringerung der Erschöpfung wurde in der KVT-I- und SRT-Gruppe beobachtet. Die Probandinnen dokumentierten in der KVT-I- und in der SRT-Gruppe, nach der Interventionszeit mehr Energie zu

verspüren. Die Tagesschläfrigkeit nahm in der KVT-I- und SRT-Gruppe mässig ab, jedoch war die Interaktion von Behandlung und Zeit nicht signifikant ($p = 0,32$). Eine mässige Reduktion der Arbeitsbeeinträchtigung wurde ebenfalls in diesen beiden Gruppen verzeichnet. Sechs Monate nach der Behandlung hat die Arbeitsbeeinträchtigung in beiden Gruppen weiter abgenommen. Die Resultate zur allgemeinen Lebensqualität waren gemischt. Gezeigt werden konnte, dass sich die allgemeine Einschränkung durch körperliche Probleme in allen Gruppen nach sechs Monaten

reduzierte. Die SRT- und die KVT-I-Gruppe zeigten stärkere Verbesserungen als die SHA-Gruppe. Ansonsten konnte die SHA keine Effekte aufzeigen [14].

Diskussion

Ziel dieses Artikels ist es, die Effekte der kognitiven Verhaltenstherapie bei Insomnie bei Frauen während der Wechseljahre zu untersuchen. Es hat sich herausgestellt, dass die KVT-I für Frauen, die während der Wechseljahre an einer Insomnie leiden, eine effektive Therapie ist. Dabei sind

die Ergebnisse der verschiedenen Formen („face to face“, gruppentherapeutisch, online oder telefonbasiert) vergleichbar gut [1, 10–12].

Die KVT-I sowie die SRT verbesserten depressive Symptome, maladaptives Denken und die somatische Übererregung. Die depressiven Symptome und maladaptiven Gedanken konnten unter beiden Therapien längerfristig vergleichbar reduziert werden. Bei der Übererregung konnte die KVT-I die dauerhaft grössten Verbesserungen hervorrufen [13].

Der Effekt auf den Tag war bei der SRT und KVT-I in vielen Aspekten vergleichbar. Beide Interventionen beeinflussten die Erschöpfungssymptome, die Energie durch den Tag und die Arbeitsbeeinträchtigung positiv [14]. Die Effekte auf die allgemeine Lebensqualität waren gemischt. Das eindeutigste Ergebnis in der KVT-I- und SRT-Gruppe war die erhöhte Resilienz gegenüber körperlichen Problemen [14]. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Frauen, bei denen im ISI-Score keine Insomnie mehr zu erkennen war (ISI-Score < 7), eine bessere Resilienz gegenüber körperlichen und emotionalen Problemen und eine bessere Funktionsfähigkeit durch den Tag aufzeigten. Generell konnte eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitsempfindens mit der Verbesserung der Insomniesymptome beobachtet werden [14].

Konklusion

Die kombinierte KVT-I erwies sich in allen untersuchten Studien gesamthaft als erfolgswirksamste Therapie der untersuchten Insomniesymptome. Eine alleinige SRT erbrachte vergleichbar gute Ergebnisse. Steht beispielsweise für eine Frau die Reduktion der Arbeitsbeeinträchtigung längerfristig im Vordergrund, ist die SRT sogar die erfolgreichere Therapie. Auch wenn eine Frau weniger Interventionen möchte, ist die alleinige SRT eine vertretbare Alternative [14]. Die SHA zeigte als alleinige Therapie zu wenig bis keinen Effekt. Verhaltenstherapeutische Interventionen sind definitiv wirkungsvoll und sollten bei Frauen während der Wechseljahre als First-line-Therapie angewendet werden [11, 13, 14].

Rôle de la thérapie cognitivo-comportementale lors d'insomnie chez la femme en cours de ménopause

Contexte: L'insomnie est un des symptômes les plus fréquents chez les femmes en cours de ménopause et affecte fortement celles concernées.

Objectif du travail: L'objectif du travail est l'évaluation d'étudier l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I) chez les femmes péri et post ménopausée.

Matériel et méthode: Les études publiées dans Ovid, Medline et Google Scholar, qui ont examiné les effets de la TCC-I chez les femmes ménopausées. Pour les options thérapeutiques, les directives S3 ont été utilisées.

Résultats: La TCC est un traitement très efficace chez la femme en cours de ménopause souffrant d'insomnie. Dans toutes les études considérées, c'est la thérapie qui a donné les meilleurs résultats, aussi bien sous forme de consultations en face à face que sous forme téléphonique, en groupe ou en ligne. La thérapie de restriction du sommeil (TRS) a pu fournir des résultats tout aussi convaincants. La TRS a montré des résultats aussi bons que la TCC-I, notamment lors de symptômes dépressifs et de pensée inadaptée. Des résultats ambigus ont été obtenus dans les deux groupes d'intervention concernant le de fonctionnement en journée, la performance au travail et la qualité de vie générale. Dans toutes les études, les effets du traitement par la sensibilisation à l'hygiène du sommeil ont été faibles à absents. Les personnes en rémission d'insomnie avaient une sensation de santé globalement améliorée après le traitement.

Mots clés

Ménopause · Troubles du sommeil · Thérapie comportementale · Thérapie de restriction du sommeil · Hygiène du sommeil

Korrespondenzadresse

Simona Ott
Universität Bern
Bern, Schweiz
simona.ott@students.unibe.ch

Funding. Open access funding provided by University of Bern

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Ott gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

In diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbil-

dungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Abdelaziz EM, Elsharkawy NB, Mohamed SM (2022) Efficacy of Internet-based cognitive behavioral therapy on sleeping difficulties in menopausal women: A randomized controlled trial. *Perspect Psychiatr Care* 58(4):1907–1917
2. Caretto M, Giannini A, Simoncini T (2019) An integrated approach to diagnosing and managing sleep disorders in menopausal women. *Maturitas* 128:1–3
3. Holzer I (2022) Schlafstörungen nach der Menopause. *J Gynäkol Endokrinol* 32:33–34
4. Attarian H, Hachul H, Guttuso T, Phillips B (2015) Treatment of chronic insomnia disorder in menopause: evaluation of literature. *Menopause* 22(6):674–684
5. Proserpio P, Marra S, Campana C, Agostoni EC, Palagini L, Nobili L, Nappi RE (2020) Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric* 23(6):539–549
6. Riemann D, Baum E, Cohrs S (2016) Crönlein, Hajak G, Hertenstein, Langhorst, Mayer, Nissen C, Pollmächer T, Rabstein S, Schlarb A, Sitter H,

- Weess HG, Wetter T, Spiegelhalder K. S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen. Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“, Update
7. Stuck BA, Maurer JT, Schredi M, Weess HG (2014) Praxis der Schlafmedizin. Springer, Deutschland
 8. Weinhold SL, Göder R (2022) Kognitive Verhaltenstherapie bei Insomnie. *Somnologie* 26:55–64
 9. Guthrie KA, Larson JC, Ensrud KE, Anderson GL, Carpenter JS, Freeman EW, Joffe H, LaCroix AZ, Manson JE, Morin CM, Newton KM, Otte J, Reed SD, McCurry SM (2018) Effects of Pharmacologic and Nonpharmacologic Interventions on Insomnia Symptoms and Self-reported Sleep Quality in Women With Hot Flashes: A Pooled Analysis of Individual Participant Data From Four MsFLASH. *Trials Sleep* 41(1):zsx190
 10. McCurry SM, Guthrie KA, Morin CM, Woods NF, Landis CA, Ensrud KE, Larson JC, Joffe H, Cohen LS, Hunt JR, Newton KM, Otte JL, Reed SD, Sternfeld B, Tinker LF, LaCroix AZ (2016) Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Perimenopausal and Postmenopausal Women With Vasomotor Symptoms: A MsFLASH Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 176(7):913–920
 11. Drake CL, Kalmbach DA, Arnedt JT, Cheng P, Tonnu CV, Cuamatzi-Castelan A, Fellman-Couture C (2019) Treating chronic insomnia in postmenopausal women: a randomized clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia, sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep* 42(2):zsy217
 12. Moradi Farsani H, Afshari P, Sadeghniai Haghighi K, Gholamzadeh Jefreh M, Abedi P, Haghighizadeh MH (2021) The effect of group cognitive behavioural therapy for insomnia in postmenopausal women. *J Sleep Res* 30(5):e13345
 13. Kalmbach DA, Cheng P, Arnedt JT, Anderson JR, Roth T, Fellman-Couture C, Williams RA, Drake CL (2019) Treating insomnia improves depression, maladaptive thinking, and hyperarousal in postmenopausal women: comparing cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBTI), sleep restriction therapy, and sleep hygiene education. *Sleep Med* 55:124–134
 14. Kalmbach DA, Cheng P, Arnedt JT, Cuamatzi-Castelan A, Atkinson RL, Fellman-Couture C, Roehrs T, Drake CL (2019) Improving Daytime Functioning, Work Performance, and Quality of Life in Postmenopausal Women With Insomnia: Comparing Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, Sleep Restriction Therapy, and Sleep Hygiene Education. *J Clin Sleep Med* 15(7):999–1010

Weiterführende Literatur

15. Thurston RC, Chang Y, Buysse DJ, Hall MH, Matthews KA (2019) Hot flashes and awakenings among midlife women. *Sleep* 42(9):zsz131

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.