

気分障害における過眠への対応

鈴木 正泰

気分障害における過眠の訴えは、男性よりも女性、高齢者よりも若年者、単極性よりも双極性に多い。夜間睡眠の延長、日中の眠気などの過眠症状は、抑うつエピソードの再発・再燃のリスク因子であることが示されており、臨床的に重要な症候と考えられる。しかし、このような過眠を訴える気分障害患者に終夜ポリグラフ検査や反復睡眠潜時検査を行っても、夜間睡眠の延長や日中の病的な眠気について客観的所見が得られるのは一部の患者のみである。抑うつ状態においては、倦怠感や意欲低下による臥床時間の延長、回避行動としての就床も過眠症状としてとらえられている可能性がある。気分障害患者において過眠の訴えが聞かれた場合には、薬物の影響（鎮静作用）について留意する必要がある。また、不眠症状の不十分な改善や他の睡眠障害の合併による日中の眠気も除外する必要がある。適切な対応を考えるうえで、実際に眠気を伴うものなのか、それとも抑うつ症状を背景とした臥床時間の延長なのかを意識的に鑑別することが重要である。過眠症状の治療については、一部の亜型や類縁の疾患に対して有効性が示された方法が少数あるのみである。季節性感情障害では、高照度光療法が抑うつ症状のほか過眠症状にも有効であることが報告されている。近年、睡眠・覚醒相後退障害に対して使用されるようになった低用量のアリピプラゾール投与が、気分障害の過眠症状にも有効である可能性があるが、現時点でその検証はなされていない。うつ病の過眠症状に対して、ノルアドレナリン・ドパミン再取り込み阻害作用をもつ bupropion（国内未承認）が、選択的セロトニン再取り込み阻害薬よりも有効であったという報告がある。本稿では、気分障害の過眠についてこれまで得られている知見を整理したうえで、その対応について著者の私案を含め述べる。

索引用語

気分障害、過眠、長時間睡眠、眠気

はじめに

気分障害において睡眠障害はほぼ必発の症状である。抑うつ状態においては不眠を認めることが多いが、しばしば過眠の訴えも聞かれる。不眠と比較し、過眠については有効な対処法が少なく、日常診療においては対応に苦慮することが少なくない。本稿では、気分障害の過眠についてこ

れまでに得られている知見を整理したうえで、その対応について考える。

1. 気分障害における過眠の頻度

気分障害における過眠の訴えは、男性よりも女性、高齢者よりも若年者が多い^{21,26)}。亜型別には、単極性うつ病では10~20%でみられるのに対し²⁹⁾、双極性障害のうつ病

表 1 各診断基準における気分障害の過眠の定義（著者作成）

1) 精神疾患に関連する過眠障害 (DSM-5 ³⁾)
過剰な眠気の訴えがあり、以下のうち 1 つ以上
・繰り返す睡眠
・9 時間以上の睡眠エピソードがあっても回復感がない
・急な覚醒後、十分に覚醒を維持できない
2) 非器質性過眠症 (ICD-10 ³⁶⁾)
昼間の過剰な眠気、あるいは睡眠不足によらない睡眠発作、および/または目覚めから覚醒への移行が長引くこと（ねぼけ）
3) 精神疾患に関連する過眠症 (ICSD-3 ²⁾)
耐え難い睡眠要求や日中に眠りこんでしまうこと

相では約半数で認める¹⁹⁾。双極 II 型障害は抑うつエピソードで受診した際、しばしばうつ病との鑑別が問題になるが、過眠は、いくつもの考えがせめぎ合っているという主観的体験、不機嫌さ、精神運動性の焦燥とともに、双極 II 型障害の可能性を示唆する所見と考えられている⁷⁾。

毎年冬になると抑うつ状態をきたし、春になると自然寛解する季節性感情障害 (seasonal affective disorder : SAD) では過眠の有症率はさらに高まり、70% 程度で認められる¹³⁾。これは炭水化物飢餓を伴う過食と並び、同疾患の特徴となっている³⁰⁾。

II. 過眠と気分障害の経過との関連

気分障害において不眠の併存は、発症危険因子、予後不良因子になることが知られているが³³⁾、過眠も気分障害の発症・経過に同様の影響をもつと考えられている。

Breslau, N. らは、21~30 歳の一般住民を対象に不眠および過眠の有無と 3 年後の精神疾患罹患との関連を調査し、不眠および過眠はそれぞれオッズ比 4.0 (95% 信頼区間 2.2~7.0)、2.9 (95% 信頼区間 1.5~5.6) でうつ病発症のリスク因子であったことを報告している⁹⁾。

うつ病では、寛解に至っても半数近くで不眠が残遺し²⁰⁾、そのような残遺性不眠はうつ病再発のリスクを上昇させる¹²⁾。過眠も 70% 程度の患者で寛解後も残遺し³⁷⁾、残遺性過眠はうつ病の再発リスクになることが指摘されている²⁾。双極性障害においては、寛解期における過眠はうつ病相¹⁷⁾のみならず、(軽)躁病相¹⁸⁾の再燃リスクにもなることが報告されている。

このようなことから、過眠は気分障害の発症予防、再発・再燃予防のうえで、不眠と同様に注目すべき症候といえる。

III. 過眠の定義の混乱——2 つの過眠症状——

表 1 に DSM-5 (精神障害の診断・統計マニュアル第 5 版)³⁾、ICD-10 (国際疾病分類第 10 版)³⁶⁾、ICSD-3 (睡眠障害国際分類第 3 版)²⁾における気分障害の過眠に適応される診断基準の主症状を示した。DSM-5 では、繰り返す睡眠、回復感のない長時間睡眠エピソード、睡眠慣性 (睡眠から覚醒への移行の遷延) のいずれかを認めた場合、過眠とみなす。これに対して ICD-10 では、日中の眠気ないし居眠り、睡眠慣性を過眠症状とみなし、夜間睡眠の延長は基準に含まれていない。睡眠医療で汎用されている ICSD-3 では、日中の眠気ないし居眠りのみを過眠症状とみなしている。このように診断分類によって過眠の定義が異なることから、同様のテーマを扱っても使用する診断基準によって異なる結果が得られる可能性がある。このような診断基準の不統一は、精神疾患の過眠症状研究の発展を妨げる一因となっており、今後早期に解決されることが望まれる。

おそらく多くの精神科医は過眠症状といった場合、日中の眠気/居眠りと夜間睡眠の延長を思い浮かべるだろう。そういった点から、DSM-5 の基準が最も臨床医の感覚に近いと思われる。しかしその場合、この 2 つの過眠症状を一括りに扱ってよいかという問題がある。Kaplan, K. A. らは、159 名の寛解期の双極性障害患者を対象に過眠症状を複数の主観および客観尺度で評価し、因子分析を行った¹⁸⁾。その結果、過眠症状は「日中の過度の眠気」と「夜間の長時間睡眠」の 2 因子に分けられ、両者には相関関係がないことが明らかになった ($r = -0.09$)。この結果を踏まえると、これら 2 つの過眠症状は区別してとらえ、個別に対応を考える必要があると思われる。

IV. 過眠を訴える気分障害患者の睡眠検査所見——中枢性過眠症との異同——

過眠を訴える気分障害患者を対象に終夜ポリグラフ検査 (polysomnography : PSG) や反復睡眠潜時検査 (multiple sleep latency test : MSLT) を実施し、睡眠医学的見地から夜間睡眠および日中の眠気を検討した研究がいくつかある。

Billiard, M. らは、過眠を訴える 36 名の未治療の気分障害患者 (年齢中央値 45 歳) を対象に PSG を実施したところ、平均総睡眠時間は 7 時間 40 分であり、9 時間以上眠っていた者は全体の 13.8% であったと報告している⁸⁾。45 歳

の健常者の平均総睡眠時間が6時間半程度であることを考えると²²⁾、多少の延長傾向は認めるものの、実際の睡眠時間が極端に延長するのは一部の患者のみと考えられる。

寛解期の双極性障害患者を対象に活動量計を用いて睡眠時間を検討した研究では、夜間の長時間睡眠を訴える患者においても実際に眠っている時間は平均7.7時間であった。しかし、このような患者では臥床時間が平均10.1時間と顕著に延長しており、気分障害においては、入眠していない臥床も過眠として訴えられている可能性が示唆された¹⁸⁾。一方で、SADでは、PSG上の総睡眠時間が夏に比べて冬では1時間程度延長することが確認されており⁴⁾、気分障害の亜型によって過眠の実態が異なる可能性が推測される。

先のBilliardらの研究においては、日中の眠気に関する検討も行っている。ナルコレプシーなどの中枢性過眠症の診断に用いるMSLTにて過眠を訴える気分障害患者の日中の眠気を客観的に評価したところ、病的な眠気の基準である平均入眠潜時8分未満の患者の割合は全体の22%であった⁸⁾。このことから、気分障害患者が訴える眠気はナルコレプシーなどの中枢性過眠症のそれとは異なるものと考えられる。

V. 想定される機序と関連病態

1. 精神症状との関連

既述したように、過眠を訴える患者のなかで、実際に日中の眠気や夜間睡眠の延長が客観的方法にて確認できるケースは一部である。このことから、臥床時間の延長も過眠として訴えられている場合が少なからずあることが推測される。このような患者においては、意欲低下や倦怠感はその背景要因になっている可能性がある⁸⁾。また、心因や環境因の関与が強い抑うつ状態においては、問題に直面化することを避けるために「寝て(臥床して)過ごす」ことがあり¹⁶⁾、これが過眠ととらえられているケースも想定される。

うつ病患者の多くは、睡眠時間を実際に眠っている時間よりも短く見積もるが、一方で3分の1の患者は長く見積もることが報告されている¹⁴⁾。こういった睡眠時間の誤認が過眠の訴えと関連している可能性も否定できない。

2. 恒常性維持機構の障害

以前より、ウィスコンシン大学のTononi, G.らは空間分解能の高い高密度脳波計を用いて各種精神疾患の睡眠脳波

研究を行っており、過眠を伴ううつ病患者の検討も行っている。彼らは、1日の睡眠時間が10時間以上もしくは普段よりも多く眠る状態が2週間以上持続している場合を過眠ありと定義し、過眠を伴ううつ病患者と伴わないうつ病患者の終夜脳波を256チャンネルの脳波計を用いて記録し、比較した²⁵⁾。その結果、過眠を伴ううつ病患者は伴わない患者と比較し、頭頂-後頭領域において徐波睡眠が減少していた。この結果から、過眠を訴える患者では、夜間眠っても同領域の皮質機能が十分に回復されておらず、その結果として睡眠時間の延長ないし日中の眠気が生じている可能性がある。

3. 過眠をきたす関連睡眠障害

気分障害患者における過眠は、気分障害自体の症状として出現している場合のほか、他の睡眠障害によって引き起こされている場合もある。精神疾患において合併が多い睡眠障害として、閉塞性睡眠時無呼吸症(obstructive sleep apnea: OSA)がある。一般人口におけるOSAの有病率は、成人男性で3~7%、成人女性で2~5%と考えられているが、うつ病と双極性障害では、それぞれ36.3%と24.5%と高率に合併することが報告されている³¹⁾。OSAでは、睡眠中に気道の閉塞が生じ、それによって酸素分圧が低下し、夜間睡眠が分断される。その結果として日中の眠気が生じる。気分障害でOSAを合併しやすい理由として、活動性低下や過食に起因した肥満¹⁵⁾、喫煙やアルコールの影響²⁷⁾、服用薬物の影響(肥満や筋弛緩作用)などとの関連が推測される。また、うつ病では脳内セロトニン機能だけでなく、頸部筋群に作用するセロトニン機能も低下しているために、筋緊張低下を引き起こしOSAが発症する可能性も指摘されている³⁵⁾。OSAと抑うつは相互に悪化要因となることから⁵⁾、過眠の背景にOSAの存在を疑うことは臨床上きわめて重要である。

レストレスレッグス症候群(restless legs syndrome: RLS)は、下肢の異常感覚により強い入眠困難が生じる睡眠障害である。常に足を動かしたいという衝動にかられ、実際に足を動かすと症状が軽減するのが特徴である。RLSは、抗うつ薬や抗精神病薬が発症(悪化)要因となることが知られている。投与している薬剤によってRLSが惹起され、夜間睡眠の質的悪化が生じ、日中の眠気が生じていないか疑うことも重要である。

RLSに合併しやすい睡眠障害として周期性四肢運動障害(periodic limb movement disorder: PLMD)がある。

表 2 気分障害の過眠のアセスメント

1. 薬剤の影響（鎮静）ではないか
2. 夜間睡眠は十分にとれているか
不眠や他の睡眠障害の合併には注意が必要
e.g. 睡眠時無呼吸，レストレスレッグス症候群
3. 過眠のタイプを区別（長時間睡眠 or 日中の眠気）
4. 実際の睡眠なのか臥床なのか区別

夜間睡眠中に周期的な下肢のピクつき（足関節の背屈が母趾の背屈，膝関節の屈曲を伴って生じる）により睡眠が障害されるものである。その際、「足がガクンとして目が覚める」「足がピクピクして寝つけない」などと訴えられる。PLMDも抗うつ薬や抗精神病薬が発症（悪化）要因となる。

当然ながら不眠に対して十分な治療が行われていない場合にも日中の眠気が生じるため，過眠の訴えを聞いた際には，夜間不眠が十分に改善されているか今一度確認することも重要である。

VI. 気分障害の過眠のアセスメント

現時点で，気分障害の過眠症状への対応について確立した指針はない。そこで，これまで述べたことを踏まえ，以下に過眠症状を認めた際のアセスメントの手順について著者の私案を示す（表 2）。

1. 薬剤の影響ではないか

日中の眠気や夜間睡眠の延長を認めた場合，まず考えるべきなのは，服用中の薬物の影響である。鎮静作用を有する抗うつ薬や抗精神病薬によって治療している場合には，それらによって過眠症状が出現していないか確認する。また，不眠に対する処方を持ち越し効果についても考える必要がある。元々不眠を訴えていた患者が，不眠の改善に伴い過眠を訴えるようになった場合はその可能性が高い。

2. 夜間睡眠は十分にとれているか

うつ病の睡眠障害として最も多いのは不眠であり，85%程度の患者で認める³²⁾。不眠が十分に改善されていない場合にも日中の眠気が生じるため，その確認が必要である。また，OSA や RLS，PLMD などによって夜間睡眠が妨害されている場合にも睡眠時間の延長や日中の居眠りが生じるため，これらの可能性を疑うことも重要である。いびきの有無，入眠時の下肢の不快感，睡眠中の脚のびくつきな

どについて，本人，家族に確認する。

3. 過眠のタイプの区別

過眠症状は，日中の眠気と長時間睡眠に分けられ，両者に相関関係がないことが最近の研究によって示されている¹⁸⁾。したがって，漠然と「過眠」としてとらえるのではなく，2つの過眠症状のどちらなのか，もしくは両者なのかを意識的に評価する。

4. 実際の睡眠なのか臥床なのか区別

気分障害においては眠らないで臥床して過ごしている時間も過眠としてとらえられている場合がある。「どのくらい寝ていますか」といった質問だと，倦怠感のために横になって過ごしている場合でも「一日中寝ています」と答えかねない。実際に眠っているのか，それとも覚醒はしているが離床がきつくて横になって過ごしているのかなど，具体的に質問する必要がある。当然後者の場合は，過眠への対応ではなく，抑うつ症状に対する治療を強化する必要がある。また，問題となっている事柄に直面するのを避けるために意識的に眠ろうとする患者もおり，その場合にはストレス因への対応が必要になる。

VII. 気分障害の過眠への対応

本人が意図していないにもかかわらず，日中の居眠り，夜間睡眠の延長が生じている場合，それらに対する介入を検討することになる。しかし，現時点で気分障害の過眠症状については，一部の亜型や類縁の疾患に対して有効性が示された方法が少数あるのみである。

SAD においては，高照度光療法（bright light therapy：BLT）によって抑うつ症状とともに日中の眠気も改善することが報告されている²⁴⁾。SAD では冬季における日長時間の短縮が抑うつ症状の出現に関連することから，夏季と同様の光環境を作る目的でBLTが行われる。図1は白色蛍光灯を使用した標準的な光療法器であるが，このような装置を用いて2,500~10,000 luxの高照度光を通常朝に30分~2時間照射する。最近では図2のようなウェアラブル型の光照射器も発売されている。SADと双極性障害との間には多くの類似性・近縁性があることが指摘されており，SADを双極スペクトラムの一型としてとらえようと考える研究者もいる¹⁾。こうした指摘や高照度光自体に覚醒作用¹⁰⁾があることを考えると，SAD以外の気分障害の

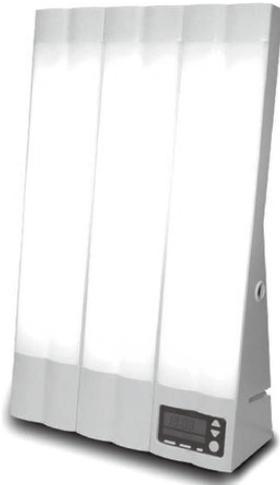


図1 卓上型光療法器

過眠症状にもBLTが有効である可能性があり、特に双極性障害の過眠に対する効果が期待される。BLTが双極性障害の抑うつ症状に有効であることはいくつかの研究で示されているが³⁴⁾、過眠症状への効果については十分検討されていないのが現状である。

近年、睡眠医療の分野において頻用されるようになったテクニックとして、睡眠・覚醒相後退障害（睡眠相後退症候群）に対する低用量のアリピプラゾール投与がある。睡眠・覚醒相後退障害では、体内時計の遅れにより、深夜遅くや朝方にならないと眠ることができず、朝起きるのが困難になる。睡眠・覚醒相後退障害に0.5~3 mg程度投与すると睡眠時間が短縮し、覚醒しやすくなることが報告されており、その機序としてドパミン受容体へのアゴニスト作用の関与が推測されている²³⁾。気分障害の過眠症状、特に長時間睡眠に対する効果が期待され、すでに一部の医療機関では使われ始めているが、現時点でその効果に関する系統的検討はなされていない。

過眠症治療薬であるモダフィニルやメチルフェニデートなどの精神刺激薬の有効性が検討されているが^{28,38)}、うつ病の治療経過に有益であったという確かなエビデンスは得られていない¹¹⁾。こういった点からも気分障害における過眠は中枢性過眠症のそれとは異なった病態と考えられる。

また、ノルアドレナリン・ドパミン再取り込み阻害作用をもつ抗うつ薬 bupropion（国内未承認）が、うつ病における過眠に対してSSRIより有効であったという報告がある⁶⁾。



図2 ウェアラブル型光療法器

おわりに

気分障害の過眠について既知の報告を整理し、その対応について私案を含め述べた。不眠に比べ過眠については不明な点が多く、対応についても一部の亜型や類縁の疾患に対して有効性が示された方法が少数あるのみである。気分障害の過眠の背景には生物学的要因とともに心理学的要因の混在も想定され、その割合は亜型によって大きく異なることが想定される。亜型ごと、さらには過眠症状ごと（夜間睡眠の延長なのか日中の眠気なのか）に区別して検討することが、有効な治療法を開発するうえで重要と思われる。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) Akiskal, H. S., Pinto, O. : The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatr Clin North Am*, 22 (3) ; 517-534, 1999
- 2) American Academy of Sleep Medicine : International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed. American Academy of Sleep Medicine, Darien, 2014（日本睡眠学会診断分類委員会監訳：睡眠障害国際分類第3版。日本睡眠学会、東京、2018）
- 3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013（日本精神神経学会 日本語版用語監修、高橋三郎、大野 裕監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、東京、2014）
- 4) Anderson, J. L., Rosen, L. N., Mendelson, W. B., et al. : Sleep in fall/winter seasonal affective disorder : effects of light and changing seasons. *J Psychosom Res*, 38 (4) ; 323-337, 1994
- 5) BaHammam, A. S., Kendzerska, T., Gupta, R., et al. : Comorbid depression in obstructive sleep apnea : an under-recognized association. *Sleep Breath*, 20 (2) ; 447-456, 2016

- 6) Baldwin, D. S., Papakostas, G. I. : Symptoms of fatigue and sleepiness in major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 67 (Suppl 6) ; 9-15, 2006
- 7) Benazzi, F. : Symptoms of depression as possible markers of bipolar II disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 30 (3) ; 471-477, 2006
- 8) Billiard, M., Dolenc, L., Aldaz, C., et al. : Hypersomnia associated with mood disorders : a new perspective. *J Psychosom Res*, 38 (Suppl 1) ; 41-47, 1994
- 9) Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., et al. : Sleep disturbance and psychiatric disorders : a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*, 39 (6) ; 411-418, 1996
- 10) Campbell, S. S., Dijk, D. J., Boulos, Z., et al. : Light treatment for sleep disorders : consensus report. III. Alerting and activating effects. *J Biol Rhythms*, 10 (2) ; 129-132, 1995
- 11) Candy, M., Jones, L., Williams, R., et al. : Psychostimulants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* ; CD006722, 2008
- 12) Cho, H. J., Lavretsky, H., Olmstead, R., et al. : Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults : a prospective study. *Am J Psychiatry*, 165 (12) ; 1543-1550, 2008
- 13) Dauvilliers, Y., Lopez, R., Ohayon, M., et al. : Hypersomnia and depressive symptoms : methodological and clinical aspects. *BMC Med*, 11 ; 78, 2013
- 14) Edinger, J. D., Fins, A. I. : The distribution and clinical significance of sleep time misperceptions among insomniacs. *Sleep*, 18 (4) ; 232-239, 1995
- 15) El-Ad, B., Lavie, P. : Effect of sleep apnea on cognition and mood. *Int Rev Psychiatry*, 17 (4) ; 277-282, 2005
- 16) Jacobson, N. S., Martell, C. R., Dimidjian, S. : Behavioral activation treatment for depression : returning to contextual roots. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 8 (3) ; 255-270, 2001
- 17) Kaplan, K. A., Gruber, J., Eidelman, P., et al. : Hypersomnia in inter-episode bipolar disorder : does it have prognostic significance? *J Affect Disord*, 132 (3) ; 438-444, 2011
- 18) Kaplan, K. A., McGlinchey, E. L., Soehner, A., et al. : Hypersomnia subtypes, sleep and relapse in bipolar disorder. *Psychol Med*, 45 (8) ; 1751-1763, 2015
- 19) Mitchell, P. B., Wilhelm, K., Parker, G., et al. : The clinical features of bipolar depression : a comparison with matched major depressive disorder patients. *J Clin Psychiatry*, 62 (3) ; 212-216 ; quiz 217, 2001
- 20) Nierenberg, A. A., Keefe, B. R., Leslie, V. C., et al. : Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *J Clin Psychiatry*, 60 (4) ; 221-225, 1999
- 21) Nutt, D., Wilson, S., Paterson, L. : Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues Clin Neurosci*, 10 (3) ; 329-336, 2008
- 22) Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., et al. : Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27 (7) ; 1255-1273, 2004
- 23) Omori, Y., Kanbayashi, T., Sagawa, Y., et al. : Low dose of aripiprazole advanced sleep rhythm and reduced nocturnal sleep time in the patients with delayed sleep phase syndrome : an open-labeled clinical observation. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14 ; 1281-1286, 2018
- 24) Peterson, M. J., Benca, R. M. : Mood disorders. Principles and Practice of Sleep Medicine, 5th ed (ed by Kryger, M., Roth, T., et al.). WB Saunders Company, Philadelphia, p.1488-1500, 2010
- 25) Plante, D. T., Landsness, E. C., Peterson, M. J., et al. : Altered slow wave activity in major depressive disorder with hypersomnia : a high density EEG pilot study. *Psychiatry Res*, 201 (3) ; 240-244, 2012
- 26) Posternak, M. A., Zimmerman, M. : Symptoms of atypical depression. *Psychiatry Res*, 104 (2) ; 175-181, 2001
- 27) Punjabi, N. M. : The epidemiology of adult obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc*, 5 (2) ; 136-143, 2008
- 28) Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., O'Donovan, M. C., et al. : Osmotic-release oral system methylphenidate augmentation of antidepressant monotherapy in major depressive disorder : results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 69 (1) ; 87-94, 2008
- 29) Reynolds, C. F., 3rd, Kupfer, D. J. : Sleep research in affective illness : state of the art circa 1987. *Sleep*, 10 (3) ; 199-215, 1987
- 30) Rosenthal, N. E., Sack, D. A., Gillin, J. C., et al. : Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 41 (1) ; 72-80, 1984
- 31) Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., et al. : The prevalence and predictors of obstructive sleep apnea in major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia : a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 197 ; 259-267, 2016
- 32) Sunderajan, P., Gaynes, B. N., Wisniewski, S. R., et al. : Insomnia in patients with depression : a STAR*D report. *CNS Spectr*, 15 (6) ; 394-404, 2010
- 33) 鈴木正泰, 降籓隆二, 内山 真 : うつ病に併存する不眠の薬物療法. *臨床精神薬理*, 17 (8) ; 1121-1129, 2014
- 34) Takeshima, M., Utsumi, T., Aoki, Y., et al. : Efficacy and safety of bright light therapy for manic and depressive symptoms in patients with bipolar disorder : a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74 (4) ; 247-256, 2020
- 35) 内村直尚 : 精神疾患と睡眠時無呼吸症候群. *精神経誌*, 112 (9) ; 906-911, 2010
- 36) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical Description and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文ほか監訳 : ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—, 新訂版. 医学書院, 東京, 2005)
- 37) Worthington, J., Fava, M., Davidson, K., et al. : Patterns of improvement in depressive symptoms with fluoxetine treatment. *Psychopharmacol Bull*, 31 (2) ; 223-226, 1995
- 38) Zimmerman, M., Posternak, M. A., Attiullah, N., et al. : Why isn't bupropion the most frequently prescribed antidepressant? *J Clin Psychiatry*, 66 (5) ; 603-610, 2005

Management of Hypersomnia in Mood Disorders

Masahiro SUZUKI

Department of Psychiatry, Nihon University School of Medicine

Complaints of hypersomnia in mood disorders are more common in women than men, younger people than older people, and those with bipolar rather than unipolar depression. Hypersomnia symptoms such as prolonged nighttime sleep and daytime sleepiness have been shown to be risk factors for recurrence and relapse of depressive episodes and are considered to be clinically important symptoms. Even if patients complain of hypersomnia, objective findings on prolonged nighttime sleep and excessive daytime sleepiness are identified by polysomnography and multiple sleep latency tests only in some patients, suggesting that hypersomnia in mood disorders can be pathologically different from central hypersomnia, such as narcolepsy. In a depressed state, prolonged time in bed due to fatigue, decreased motivation, and lying in bed as an avoidance behavior may also be regarded as hypersomnia symptoms.

When physicians hear complaints of hypersomnia, they should first exclude the sedative effect of the drugs that patients are taking. It is also necessary to exclude excessive daytime sleepiness due to insomnia and other sleep disorders, such as obstructive sleep apnea, restless legs syndrome, and periodic limb movement disorder. A recent study demonstrated that the hypersomnia symptoms of long sleep and excessive sleepiness are independent and not correlated. Therefore, it is also important to distinguish them in order to appropriately manage them.

As for treatment of hypersomnia symptoms in mood disorders, there are a few methods that have been shown to be effective for some subtypes and related diseases. In seasonal affective disorder, bright light therapy has been reported to be effective not only for depressive symptoms but also for hypersomnia. Low-dose aripiprazole, which has come to be used for delayed sleep phase disorder, may be effective for hypersomnia symptoms in mood disorders, but this has not yet been verified. Bupropion, which has an inhibitory effect on noradrenaline and dopamine reuptake, was reported to be more effective than selective serotonin reuptake inhibitors for hypersomnia in depression. In the present paper, the author reviewed the literature regarding hypersomnia in mood disorders, and described the current approach to its management as well as the author's proposed approach.

Author's abstract

Keywords mood disorders, hypersomnia, long sleep, excessive sleepiness