

Protocol voor lichttherapie bij bipolaire stoornis

P.F.J. SCHULTE, L. KAARSGAREN, M.J. ELDERING, B. HAARMAN, D. POSTMA, R.F. RIEMERSMA-VAN DER LEK, L. ROPS, A.W.M.M. STEVENS

- ACHTERGROND** Een landelijk protocol voor de toepassing van lichttherapie bij bipolaire depressie ontbrak.
- DOEL** De werkgroep chronotherapie van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen wilde een protocol voor lichttherapie bij een depressieve episode in het kader van een bipolaire stoornis opstellen.
- METHODE** Narratieve review aan de hand van verschillende systematische reviews, twee clinician's guides en overleg met de subcommissie Richtlijnen Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.
- RESULTATEN** Als indicatie werd vastgesteld: depressieve episode, met of zonder seizoensgebonden patroon, zonder psychotische of gemengde kenmerken, in het kader van een bipolaire I- of II-stoornis inclusief subsyndromale (depressieve) seizoensgebonden klachten. De lijst van relatieve contra-indicaties (pre-existente aandoeningen van de retina, systemische aandoeningen die effect hebben op de retina en gebruik van fotosensitieve medicatie) werd ingekort. In deze gevallen bespreekt de behandelaar met de patiënt de mogelijkheid van een oogheelkundig consult vooraf. Gebruik van een stemmingsstabilisator/antimanisch middel om te beschermen tegen een stemmingsomslag naar manie of gemengde episode bij lichttherapie is alleen nodig bij een bipolaire I-depressie, maar niet bij een bipolaire II-depressie. De standaardbehandeling is 10.000 lux wit licht gedurende 30 minuten in de ochtend.
- CONCLUSIE** Er is voldoende bewijs om lichttherapie bij een bipolaire depressieve episode met of zonder seizoensgebonden patroon aan de patiënt aan te bieden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)3, 223-228

TREFWOORDEN lichttherapie, bipolaire stoornis, protocol



Lichttherapie geldt als eerste keus in de behandeling van de zogenaamde winterdepressie (depressieve stoornis met seizoensgebonden patroon, 'seizoensgebonden depressie') en als tweede keus in de behandeling (zowel als monotherapie als ook als additie bij een antidepressivum) bij lichte tot matig ernstige depressieve stoornis zonder seizoensgebonden patroon (Spijker e.a. 2013; Ravindran e.a. 2016). Belooft onderzoek bij de bipolaire stoornis toont dat patiënten ruim een derde van het jaar in een depressieve episode verkeren met een piek van depressies in het voorjaar en najaar wanneer de hoeveelheid daglicht het snelst verandert (Kupka e.a. 2007; Goodwin & Redfield Jamison 2007). Echter, in Nederland worden patiënten met een bipolaire stoornis veelal van behandeling met lichttherapie uitgesloten.

Slechts enkele gespecialiseerde behandelcentra voor bipolaire stoornis passen lichttherapie al meer dan 15 jaar in Nederland toe. Waar tot enkele jaren geleden de evidentie voor werkzaamheid en veiligheid van het gebruik van lichttherapie bij de bipolaire depressie spaarzaam was, is dat in de jaren met enkele studies toegenomen. Daarom oordeelt de Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen (MDR bipolaire stoornissen) voorzichtig dat lichttherapie bij een winterdepressie in het kader van de bipolaire stoornis als behandeloptie overwogen kan worden (Kupka e.a. 2015). De richtlijn van de International Society for Bipolar Disorders (ISBD) noemt lichttherapie als derde keus in de behandeling voor bipolaire I-depressie (Yatham e.a. 2018).

Een landelijk protocol voor de toepassing van lichttherapie bij bipolaire depressie, zowel seizoens- als niet-seizoensgebonden, ontbrak echter nog. Overigens geldt dit ook voor lichttherapie bij (unipolaire) depressieve stoornis.

DOEL

Om een protocol voor de behandeling van de depressieve episode, zowel seizoens- als niet-seizoensgebonden, bij een bipolaire stoornis op te zetten, stelde de werkgroep Chronotherapie van het Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBiS) de volgende vragen:

- Wat zijn de indicaties voor lichttherapie bij bipolaire stoornissen en hoe groot is het risico op een stemmingsomslag?
- Wat zijn absolute en relatieve contra-indicaties?
- Wanneer is oogheekundig onderzoek nodig?
- Wat is het medicatiebeleid ter preventie van een stemmingsomslag bij lichttherapie?
- Wat is de dosering en het soort licht?
- Wat is het beste tijdstip?
- Wat zijn de bijwerkingen?
- Hoe ziet de behandelprocedure uit?

METHODE

Voor de vraag naar de indicatie en mogelijke manische stemmingsomslag werd een systematisch literatuuronderzoek verricht met de zoekcriteria zoals gebruikt in de laatste systematische review door Tseng e.a. (2016), waarbij het tijdvak sinds de literatuursearch van deze onderzoeksgroep tot eind 2017 werd gekozen. Daarnaast werd bij behandelcentra met ervaring van lichttherapie bij mensen met een bipolaire depressie navraag gedaan naar indicatiestelling en het risico op een manische switch.

Voor de beoordeling van absolute en relatieve contra-indicaties maakte de werkgroep gebruik van de clinician's manuals over chronotherapie/lichttherapie van Lam e.a. (2009) en Wirz-Justice e.a. (2013) en het bericht van een taskforce van de ISBD over het gebruik van antidepressiva bij bipolaire stoornissen (Pacchiarotti e.a. 2013). De werkgroep veronderstelde dat dezelfde beperkingen voor lichttherapie gelden als voor antidepressiva, een inschatting die gedeeld wordt met Lam e.a. (2009) en Wirz-Justice e.a. (2013). In overeenstemming met de MDR bipolaire stoornissen werd gebruikgemaakt van dezelfde analogie (lichttherapie beoordelen als antidepressivum), ook bij de vaststelling van het medicatiebeleid ter preventie van een stemmingsomslag bij lichttherapie.

Voor de vraag naar de veiligheid van lichttherapie voor de ogen en de noodzaak van nader oogheekundig onderzoek maakte de werkgroep gebruik van de systematische review van Brouwer e.a. (2017) en overlegde met dr. B.A.E. van der

AUTEURS

P.F.J. (RAPHAEL) SCHULTE, opleider psychiatrie en klinische geriatrie, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

LOES KAARSGAREN, psychiater, PsyQ, Beverwijk.

MARIEKE J. ELDERING, psychiater, Polikliniek Depressie en 1-Daagse Deeltijdbehandeling Depressie, Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Groningen.

BARTHOLOMEUS C.M. HAARMAN, psychiater en onderzoeker, Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Rijksuniversiteit Groningen.

DORINE POSTMA, ten tijde van het schrijven van het artikel psychiater, PsyQ, Zaandam.

RIXT F. RIEMERSMA-VAN DER LEK, psychiater, Slaapcentrum voor Psychiatrie, GGZ Drenthe, Assen.

LISETTE ROPS, psychiater, hoofd afd. Bipolair en LichtCafe, GGzE, Eindhoven.

ANJA W.M.M. STEVENS, psychiater, Transfore/SCBS, Dimence, Apeldoorn.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. P.F.J. (Raphael) Schulte, GGZ Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

E-mail: R.Schulte@ggz-nhn.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-10-2019.

Pol, oogarts en voorzitter van de subcommissie Richtlijnen Nederlands Oogheekundig Gezelschap (schriftelijke mededeling, 28-10-2017).

Wat betreft de praktische uitvoering (dosering, soort licht, tijdstip en behandelprocedure), alsmede andere bijwerkingen dan een stemmingsomslag en risico voor de ogen werden de genoemde clinician's manuals gevolgd en werden gepubliceerde gerandomiseerde onderzoeken vergeleken wat betreft toepassing van lichttherapie bij bipolaire depressie en de vraag of de behandeling anders werd vormgegeven.

RESULTATEN

In een systematische review van niet-gerandomiseerd en gerandomiseerd onderzoek naar de werking van lichttherapie bij patiënten met een depressieve episode in het kader van een bipolaire stoornis vonden de auteurs de interventie, die vooral in combinatie met waaktherapie (slaaponthouding) was verricht, werkzaam (Tseng e.a. 2016).

De werkgroep vond na deze publicatie nog drie kleine placebogecontroleerde, gerandomiseerde onderzoeken

die verricht zijn naar de werkzaamheid van lichttherapie bij bipolaire depressie zonder de vereiste van een seizoensgebonden patroon (Yorguner Kupeli e.a. 2017; Sit e.a. 2018; Zhou e.a. 2018). Deze onderzoeken waren bij het schrijven van de Nederlandse richtlijn nog niet bekend. Dit gold ook voor de richtlijn van de ISBD.

In alle drie de onderzoeken waren de patiënten ingesteld op antimanische medicatie of een stemmingsstabilisator. De behandeling bestond bij het eerste onderzoek uit 7000 lux wit licht dat omhoog getitreerd werd naar 60 minuten in de vroege middag gedurende vier tot zes weken (Sit e.a. 2018), bij het tweede onderzoek uit twee weken 5000 lux wit licht gedurende een uur in de ochtend (Zhou e.a. 2018) en bij het derde onderzoek uit twee weken 10.000 lux wit licht gedurende een half uur in de ochtend (Yorguner Kupeli e.a. 2017).

In alle drie de onderzoeken bleek lichttherapie werkzamer dan placebolicht. Overigens vond driekwart van de behandelingen in het onderzoek van Sit e.a. (2018) in de herfst of winter plaats. In het onderzoek van Yorguner Kupeli e.a. (2017) had een kwart van de patiënten een seizoensgebonden patroon. Deze patiënten bereikten significant vaker een remissie met lichttherapie dan degenen zonder dit patroon. Deze bevindingen ondersteunen de aanname dat lichttherapie ook en wellicht vooral bij bipolaire depressie met seizoensgebonden patroon werkzaam is.

Indicaties en contra-indicaties voor lichttherapie

Omdat de werkgroep de risico's van lichttherapie als laag inschat, besloot zij om de indicatie voor lichttherapie ruim te stellen, namelijk 'depressieve episode, met of zonder seizoensgebonden patroon, zonder psychotische of gemengde kenmerken, in het kader van een bipolaire I- of II-stoornis'. Ook bij subsyndromale (depressieve) seizoensgebonden klachten, die niet helemaal voldoen aan de genoemde criteria, kan lichttherapie een gunstig effect hebben (Haffmans e.a. 1999). Vaak is hier geen sprake van stemmingsdaling, maar gaat het om een seizoensgebonden energieprobleem.

Patiënten met psychotische of gemengde symptomen, een gemengde episode of rapid cycling in het voorafgaande jaar werden door de werkgroep uitgesloten omdat er weinig of geen onderzoek naar gedaan is (vaak werden patiënten met deze klachten bij onderzoek geëxcludeerd) waardoor de werkzaamheid en veiligheid niet goed bekend zijn. De beperking van de indicatie werd gekozen in overeenstemming met het gebruik van antidepressiva bij bipolaire stoornis waarbij eveneens 'manische symptomen', 'gemengde episode', 'depressie met gemengde kenmerken' en 'rapid cycling in het voorafgaande jaar' als contra-indicaties worden beschouwd (Pacchiarotti e.a. 2013).

In geen van de drie genoemde onderzoeken bij bipolaire

depressie traden onder de behandeling een (hypo)manie of andere ernstige ongewenste gebeurtenissen op. Ook wij auteurs zien in onze klinische praktijk een dergelijke stemmingsomslag bij behandeling van een seizoensgebonden bipolaire depressie hoogst zelden. Als deze optreedt, is ze kort en licht en kan beschouwd worden als respons op de behandeling, die op dat moment beëindigd kan worden (L. Rops, R.F. Riemersma-van Lek, P. Schulte, persoonlijke mededelingen, 2018). Deze indruk wordt bevestigd door een systematisch overzicht van 41 studies met 799 patiënten met een bipolaire stoornis en behandeling met (meestal ochtend)lichttherapie (Benedetti 2018): het risico op een manische transitie bleek lager dan de 4% in de placeboconditie.

Oogheelkundige aspecten

Relatieve contra-indicaties in de genoemde clinician's manuals wat betreft oogheelkundige factoren zijn 'pre-existente aandoeningen van de retina', 'systemische aandoeningen die effect hebben op de retina' en 'gebruik van fotosensitieve medicatie' (Lam e.a. 2009; Wirz-Justice e.a. 2013), waarbij in de betreffende toelichting talrijke ziekten (bijv. maculadegeneratie bij familieleden) en medicijnen (bijv. lithium) worden genoemd. In een systematisch overzichtsartikel over de veiligheid van lichttherapie voor de ogen vonden de auteurs geen bewijs voor oculaire beschadiging door lichttherapie, afgezien van één casus van maculopathie (Brouwer e.a. 2017). Dit lijkt buitengewoon weinig, aangezien lichttherapie bij depressie al vele jaren wordt gebruikt.

Ook dr. Wirz-Justice antwoordde op de vraag naar de redenen voor hun restricties dat ze 'übertvorsichtig' geweest waren (Wirz-Justice, persoonlijke mededeling, 2017).

De werkgroep concludeerde daarom dat de risico's van lichttherapie voor de ogen bij verder gezonde personen als zeer laag ingeschat kunnen worden. Het is daarom voor het starten van lichttherapie niet noodzakelijk om standaard een oogheelkundig onderzoek en advies te vragen. Een consult bij of telefonisch overleg met een oogarts dient overwogen te worden als er sprake is van de volgende risicofactoren voor het ontstaan van aandoeningen van de ogen bij blootstelling aan het licht van de behandeling. De werkgroep heeft de lijst van relatieve contra-indicaties op aanwijzing van de voorzitter van de subcommissie Richtlijnen Nederlands Oogheelkundig Gezelschap dan ook teruggebracht tot de in de **TABEL 1** genoemde aandoeningen. Door het ontbreken van hierop gericht onderzoek is het niet goed bekend of er een risico is bij langdurige toepassing van lichttherapie of bij risicofactoren zoals in **TABEL 1** genoemd. De beschikbare literatuur is tot dusver geruststellend, maar er is te weinig onderzoek voor een definitieve conclusie (Brouwer e.a. 2017). Hiermee is de situatie

TABEL 1 Relatieve contra-indicaties voor lichttherapie

Pre-existente oog- en huidaandoeningen
– Retinitis pigmentosa
– Porfyrie
– Chronische actinische dermatitis
– Urticaria door zon
Systemische aandoeningen die effect hebben op de retina
– Diabetes mellitus
– Reumatoïde artritis
– Systemische lupus erythematosus
Medicatie met als bijwerking fotosensibilisatie
– Fenothiazinen, bijv. promethazine, chloorpromazine, zuclopentixol en flupentixol
– Melatonine
– Sint-janskruid (<i>Hypericum perforatum</i>)
– Chloroquine
– 8-methoxypsoralen
– Amiodaron

enerzijds enigszins vergelijkbaar met het gebruik van nieuw geregistreerde medicatie waarvan de zeldzame risico's of de risico's bij langdurig gebruik eveneens nog niet bekend zijn. Anderzijds wordt lichttherapie al sinds meer dan 30 jaar toegepast door duizenden gebruikers.

De aanbevolen lichttherapieapparaten produceren wit licht met 10.000 lux, wat vergelijkbaar is met het licht van de zon 45 minuten na zonsopgang. Het uv-licht is bij de lampen weggefilterd, waardoor het licht van de gebruikte lampen voor de retina minder schadelijk is dan zonlicht. Aangezien potentiële gebruikers meestal ook in de hoogzomer gedurende ruime tijd buiten verblijven (dat komt overeen met 120.000 lux, volgens Brouwer e.a. (2017)), vindt de werkgroep het gerechtvaardigd de risico's met de wilsbekwame patiënt te bespreken alvorens met behandeling in te stemmen, zoals gebruikelijk bij het komen tot een behandelovereenkomst). Indien hij/zij dit wenst, kan bij de genoemde risicofactoren een oogheelkundig consult gevraagd worden.

Wat betreft lichttherapie bij gelijktijdig gebruik van lithium, waar lange tijd in de klinische praktijk verschillende opinies over bestonden, stelt de werkgroep dat dit geen op zichzelf staande contra-indicatie is voor lichttherapie. Deze conclusie is gebaseerd op het ontbreken van publicaties over een schadelijk effect van deze combinatie bij mensen (Brouwer e.a. 2017) en het advies van de voorzitter van de subcommissie Richtlijnen Nederlands Oogheelkundig Gezelschap.

Gebruik van stemmingsstabilisatoren

In het algemeen wordt lichttherapie bij bipolaire stoornis gecombineerd met een antimanic middel (stemmingsstabilisator of antipsychoticum) om een stemmingsomslag naar manie of gemengde episode te voorkomen. De werkgroep raadt aan, naar analogie met het gebruik van antidepressiva en in overeenstemming met zowel Pacchiarotti e.a. (2013) als ook de MDR bipolaire stoornissen (Kupka e.a. 2015), dat zeker bij patiënten met een bipolaire I-stoornis daarom gelijktijdig een stemmingsstabilisator/antimanic middel gebruikt dient te worden.

Wijze van toediening van licht

Zoals de drie genoemde recente RCT's en de review van Tseng e.a. (2016) laten zien, wordt het licht verschillend toegediend qua tijdstip, intensiteit (lux), duur van de sessie en algehele behandeling en tijdstip. Bij de unipolaire seizoensgebonden depressie is aangetoond dat lichttherapie in de vroege ochtend het effectiefst is (Lam e.a. 2009; Wirz-Justice e.a. 2013). Sit e.a. (2018) dienen vanwege zorg over een switch naar een gemengde episode bij mensen met een bipolaire depressie het licht in de vroege middag toe, maar zij zijn hiermee een uitzondering (Benedetti 2018).

Vanwege het geringe risico op een stemmingsomslag heeft de werkgroep ervoor gekozen het ochtendtijdstip aan te houden en zo nodig bij agitatie en/of gemengde symptomen (zonder dat er sprake is van een episode) het tijdstip te verschuiven naar het middaguur. Bij een gemengde of manische episode dient men de lichttherapie te staken.

Bij unipolaire depressie is een behandeling met 10.000 lux wit licht gedurende 30 minuten het meest gebruikt (Lam e.a. 2009; Wirz-Justice e.a. 2013). Dit heeft de werkgroep overgenomen, aangezien het ook in veel onderzoek bij mensen met bipolaire depressie is gebruikt, maar een lagere lichtintensiteit met langere sessie is mogelijk.

Over de behandelduur bestaat in de literatuur geen consensus. Meestal is het effect binnen een week zichtbaar, vaak is dit zelfs afdoende. Zo niet, dan wordt de therapie met één tot twee weken verlengd. Bij de behandeling van de unipolaire niet-seizoensgebonden depressieve stoornis nam het effect van lichttherapie tot zes weken toe (Lam e.a. 2016). Hetzelfde werd gezien in de studie bij bipolaire depressie van Sit e.a. (2018), maar hier werd de lichtdosis gedurende vier weken omhoog getitreerd. Optioneel kan daarom de lichtbehandeling tot zes weken worden verlengd.

Samengevat, adviseert de werkgroep dagelijkse behandeling met lichttherapie met een intensiteit van 10.000 lux, 's morgens gedurende 30 minuten toegediend voor de duur van 1 week. Bij onvoldoende effect kan men deze met 1 tot 2 weken verlengen.

Bijwerkingen

Lichttherapie wordt meestal goed verdragen. De meeste bijwerkingen van lichttherapie zijn onschuldig, licht en van tijdelijke aard (Lam e.a. 2009; Wirz-Justice e.a. 2013). Vermoeide of geïrriteerde ogen, lichte misselijkheid, duizeligheid, hoofdpijn en agitatie of een 'opgefokt gevoel' zijn de meest gehoorde klachten, die overigens weinig voorkomen. Mochten deze klachten belemmerend zijn, is het een optie om de lichtdosis te verminderen door de afstand tot de lamp te vergroten of de duur van de sessie te verkorten. Zoals besproken bij de timing van toediening kan men dit tijdstip verschuiven naar de middag als agitatie belemmerend wordt of als er een switch naar gemengde symptomen plaatsvindt.


De aanwezigheid van gemengde symptomen is een contra-indicatie gezien het gebrek aan onderzoek en naar analogie met de waarschuwing van behandeling van bipolaire depressie met antidepressiva (Pacchiarotti e.a. 2013). Indien de klinische situatie aanleiding geeft de lichttherapie door te zetten (bijv. bij gebrek aan andere therapeutische mogelijkheden), kan men hierbij ook kiezen voor toediening vroeg in de middag. Verder kan vooral bij toediening in de avond moeite met inslapen optreden (Lam e.a. 2009; Wirz-Justice e.a. 2013).

LITERATUUR

- Benedetti F. Rate of switch from bipolar depression into mania after morning light therapy: A historical review. *Psychiatry Res* 2018; 261: 351-6.
- Brouwer A, Nguyen HT, Snoek FJ, van Raalte DH, Beekman ATF, Moll ACC, e.a. Light therapy: is it safe for the eyes? *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136: 534-48.
- Goodwin FK, Redfield Jamison K. *Bipolar disorders and recurrent depression*. (2de ed.). Oxford: Oxford University Press; 2007.
- Haffmans PMJ, Meesters Y. *Behandelingsstrategieën bij winterdepressie. Cure & Care development*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1999.
- Kupka RW, Altshuler LL, Nolen WA, Suppes T, Luckenbaugh DA, Leverich GS, e.a. Three times more days depressed than manic or hypomanic in both bipolar I and bipolar II disorder. *Bipolar Disord* 2007; 9: 531-5.
- Kupka R, Goossens P, van Bendegem M, Daemen P, Daggenvoorde D, Daniels M, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen*. (3de herz. ed.). Utrecht: TrimboS-instituut, De Tijdstroom; 2015.
- Lam RW, Levitt AJ, Levitan RD, Michalak EE, Cheung AH, Morehouse R, e.a. Efficacy of bright light treatment, fluoxetine, and the combination in patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 56-63.
- Lam RW, Tam EM. *A clinician's guide to using light therapy*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, e.a. ISBD task force report on antidepressant use in bipolar disorders. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1249-62.
- Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, e.a. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *Can J Psychiatry* 2016; 61: 576-87.
- Sit D, Wisner KL, Hanusa BH, Stull S, Terman M. Light therapy for bipolar disorder: a case series in women. *Bipolar Disord* 2007; 9: 918-27.
- Sit DK, McGowan J, Wiltrout C, Diler RS, Dills JJ. Adjunctive bright light therapy for bipolar depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 131-9.
- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Vliet IM van, Emmelkamp PMG, Hermens MLM, e.a. *Multidisciplinaire richtlijn depressie (3de ed.)*. Utrecht: TrimboS-Instituut; 2013. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/startpagina_-_depressie.html

CONCLUSIE

Er is voldoende bewijs om lichttherapie bij een bipolaire depressieve episode met of zonder seizoensgebonden patroon aan de patiënt aan te bieden. Ook al is het bewijs voor werkzaamheid minder sterk dan voor bijv. quetiapine, het eerstekeuzemiddel bij bipolaire depressie, de bijwerkingen en risico's zijn wel lager, wat bij de afweging een rol kan spelen. De lijst van relatieve contra-indicaties voor lichttherapie werd ingekort en over de noodzaak van oogheelkundig onderzoek hierbij kan met de wilsbekwame, wel geïnformeerde patiënt samen een beslissing worden genomen. Het protocol is gratis te downloaden en kan ook nuttig zijn voor afwegingen rondom de behandeling met lichttherapie van de unipolaire depressieve episode.

 Het protocol is gratis te downloaden op: <https://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl/wp-content/uploads/2019/01/Protocol-Lichttherapie-bij-bipolaire-stoornissen.pdf>

- Tseng PT, Chen YW, Tu KY, Chung W, Wang HY, Wu CK, e.a. Light therapy in the treatment of patients with bipolar depression: a meta-analytic study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016; 26: 1037-47.
- Wirz-Justice A, Benedetti F, Terman M. Chronotherapeutics for affective disorders. A clinician's manual for light and wake therapy (2de herz. ed.). Basel: Karger; 2013.
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, e.a. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2018; 20: 97-170.
- Yorguner Kupeli N, Bulut NS, Carkaxhiu Bulut G, Kurt E, Kora K. Efficacy of bright light therapy in bipolar depression. *Psychiatry Res* 2017; 260: 432-8.
- Zhou TH, Dang WM, Ma YT, Hu CQ, Wang N, Zhang GY, e.a. Clinical efficacy, onset time and safety of bright light therapy in acute bipolar depression as an adjunctive therapy: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2018; 227: 90-6.

SUMMARY

A protocol for light therapy in bipolar disorder

P.F.J. SCHULTE, L. KAARSGAREN, M.J. ELDERING, B. HAARMAN, D. POSTMA, R.F. RIEMERSMA-VAN DER LEK, L. ROPS, A.W.M.M. STEVENS

- BACKGROUND** There is no national protocol for the use of light therapy in bipolar depression.
- AIM** The chronotherapy collaboration group of the Foundation for Bipolar Disorders intended to write a protocol for light therapy in bipolar depressive episodes.
- METHOD** Narrative review of several systematic reviews, two clinician's guides and deliberation with the sub-commission Guidelines of the Dutch Ophthalmologic Society.
- RESULTS** The following indication was established: depressive episode, with or without seasonal features, in bipolar I or II disorder, including subsyndromal (depressive) seasonal complaints. The list of relative contra-indications (pre-existent retinal illnesses, systemic illnesses with effect on the retina and use of photosensitive medication) was shortened. In this case the medical professional discusses the possibility of an ophthalmologic consultation with the patient. Use of a mood stabilizer/antimanic medication in order to prevent mania or a mixed episode is only necessary in a depressive episode in bipolar I, but not in bipolar II disorder. Standard treatment is 10.000 lux white light during 30 minutes in the morning.
- CONCLUSION** There is sufficient evidence to propose light therapy in a bipolar depressive episode with or without seasonal features.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)3, 223-228

KEY WORDS bipolar disorder, light therapy, protocol