

ABM Klinički protokol #18: Uporaba antidepresiva kod dojilja

Natasha K. Sriraman,¹ Kathryn Melvin,²
Samantha Meltzer-Brody,^{2,3} i Akademija medicine dojenja

Središnji cilj Akademije medicine dojenja su klinički protokoli koji se izrađuju za rješavanje uobičajenih medicinskih problema koji mogu utjecati na uspješnost dojenja. Ovi protokoli služe samo kao smjernice za skrb o dojiljama i novorođenčadi te u njima nije istaknut isključiv tijek postupanja niti služe kao standardi za medicinsku skrb. Varijacije u postupanju mogu biti primjerene ovisno o potrebama pojedinog pacijenta.

Uvod

Postporođajna depresija (PPD) (ponekad se naziva i poremećaj raspoloženja povezan s trudnoćom) je jedna od najčešćih i najozbiljnijih stanja nakon poroda koje utječe na 10–20% majki unutar prve godine nakon poroda.¹ Istraživanja su pokazala da do 50% žena koje imaju PPD nije dijagnosticirano.² Faktori rizika uključuju prethodnu povijest depresije (otprilike 25–30% rizika ponovnog javljanja),^{3,4} uključujući PPD, i depresiju tijekom trudnoće. Drugi faktori rizika uključuju nedavne stresne događaje, nedostatak društvene podrške, neplanirane trudnoće,⁵ i žene koje su pod ekonomskim pritiskom, u nepovoljnom položaju ili crne rase.⁶ Štoviše, istraživanja ekonomski ugroženih obitelji pokazuju da približno 25% žena ima trajno depresivne simptome koji traju i nakon prve postpartalne godine.⁷

Pristupi liječenja uključuju primjenu nefarmakoloških terapija kao što je interpersonalna psihoterapija ili kognitivno bihevioralna terapija, farmakološke terapije ili kombinacija istih. Antidepresivni lijekovi su jedan od najčešće propisanih farmakoloških tretmana za PPD. Majka i njezin zdravstveni djelatnik trebali bi zajednički donijeti odluku prilagođenu majci. Neke dojilje mogu biti zabrinute zbog nastavka uzimanja ili započinjanja lijekova za PPD. Neki pružatelji zdravstvenih usluga nerado ih propisuju dojiljama zbog nedostatka informacija o antidepresivima i dojenju. Rizici neliječene depresije, rizici lijekova za dijadu dojenja i koristi od liječenja moraju se u potpunosti uzeti u obzir prilikom donošenja odluka o tretmanu.

Ovaj protokol će razmotriti spektar bolesti, naglašavajući važnost probira i osigurati podatke na osnovi dokaza za preporuke liječenja PPD-a kod dojilja.

Spektar bolesti

Postojale su polemike o tome da li je PPD zaseban entitet. U 4. i 5. izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-IV i V, zasebno), PPD se razmatra kao podvrsta velike depresije, a tu je i povezani specifikator za označavanje početka u postpartalnom razdoblju.⁸ Noviji DSM-V je proširio definiciju PPD-a radi uključivanja pojave simptoma tijekom trudnoće kroz 4. tjedan postpartalno.⁹ Dijagnoza se može dodatno zakomplicirati drugim bolesnim stanjima, uključujući anksioznost i bipolarni poremećaj. Postpartalni poremećaji raspoloženja su česti u razdoblju nakon poroda, ali se razlikuju prema vremenu i težini simptoma te obuhvaćaju široki spektar poremećaja.^{2,8,10}

“Baby blues” je stanje koje je karakterizirano emocionalnim promjenama, nesanicom, gubitkom apetita i osjećajem preopterećenosti koji utječe na 30–80% žena.^{7,8} To je prolazno stanje koje obično dosegne vrhunac 5. dan po porodu i prođe do 10. dana. Za razliku od PPD-a, Baby Blues ne utječe negativno na njegu novorođenčeta.

“Postporođajna depresija” je velika depresivna epizoda koja narušava društveno i profesionalno funkcioniranje. Simptomi uzrokuju značajne tegobe i mogu uključivati suicidalne ideje. Ako se ne liječe, simptomi mogu trajati preko 14 dana, odnosno mogu trajati nekoliko mjeseci do godinu dan.¹

“Postporođajna psihoza” je psihijatrijska hitnoća koja je karakterizirana paranojom, halucinacijama, deluzijama i suicidalnim idejama uz potencijalan rizik od samoubojstva i/ili čedomorstva.

¹Odjel pedijatrije, King's Daughters dječja bolnica/Medicinski Fakultet istočne Virginije, Norfolk, Virginia.

²Odjel psihijatrije, Fakultet Medicine Sveučilišta u Sjevernoj Karolini, Chapel Hill, Sjeverna Karolina.

³Perinatalni psihijatrijski program, Centar za ženske poremećaje raspoloženja, Sveučilište u Sjevernoj Karolini, Chapel Hill, Sjeverna Karolina.

Može se dogoditi u jednom do tri od svakih 1,000 poroda i obično ima nagli početak (nekoliko sati do nekoliko tjedana) nakon poroda.^{7,8} Žene s postporođajnom psihozom mogu imati anamnezu postporođajne psihoze ili bipolarnog poremećaja, ali kod nekih žena ne postoji prethodna psihijatrijska anamneza.^{11,12} Otprilike 25–50% žena s bipolarnim poremećajem imaju rizik razvoja postporođajne psihoze.¹³

“Postporođajne ometajuće misli” i “opsesivno-kompulsivni poremećaj” se obično javljaju kod žena, ali sa širokim rasponom težine simptoma predstavljaju veliku bojazan za žene u postporođajnom razdoblju. Nametljive ili opsesivne misli nisu dobrodošle i nevoljne misli, slike ili neugodne ideje mogu postati opsesija. Ove misli su obično traumatične ili uznemirujuće za ženu te se njima teško upravlja ili eliminira.^{14,15}

Probir za PPD

Istraživanja potvrđuju da je većina majki (80%) suglasna s idejom da budu testirane za depresiju.¹ Na međunarodnoj razini, vlasti i smjernice preporučuju probir za PPD.^{16–18}

Iako su konačni dokazi dobiti ograničeni, Američki koledž opstetričara i ginekologa preporučuje da liječnici testiraju pacijentice barem jednom tijekom perinatalnog razdoblja radi znakova depresije i anksioznosti koristeći standardizirane, validirane alate.¹⁹ Po prvi puta, veliko američko multicentrično istraživanje o probiru i skrbi osoba s PPD-a, u ordinacijama obiteljske medicine, je pokazao poboljšane ishode kod majki nakon 12 mjeseci.²⁰ (I) (Kvaliteta dokaza [razina dokaza I, II-1, II-2, II-3, i III] se zasniva na Dodatku A američke radne skupine preventivnih usluga²¹ i u ovom se protokolu navodi u zagradama.)

Većina liječnika i pružatelja zdravstvenih usluga majkama i djeci prepoznaju štetne učinke PPD-a i suglasni su s time da je probir novih majki u okviru njihove prakse.^{22,23} Američka akademija pedijatrije i Ministarstvo zdravlja SAD prepoznaju i pozivaju na rano otkrivanje i liječenje poremećaja duševnog zdravlja, uključujući i PPD.^{24,25} Važno je da se probir za PPD obavi sustavno na globalnoj razini budući da se otkrivanje i liječenje pokazalo korisno u mnogim zemljama.²⁶ (I)

Instrumenti za probir

Instrument za probir koji je najviše proučavan u svijetu je Edinburška skala za postporođajnu depresiju (EPDS).^{7,27} EPDS je besplatna, u javnoj domeni i dostupna na različitim jezicima te je validirana u različitim sredinama. Sastoji se od 10 pitanja koje majka treba odgovoriti na temelju simptoma tijekom posljednjih 7 dana i treba otprilike 5 minuta da se popuni.²⁷ Postoji višestrukih trenutaka gdje se može obaviti probir. Za vrijeme posjeta radi pregleda djeteta, EPDS testiranje se može obaviti tijekom 1-, 2-, 4-, i 6-mjesečnog pregleda.^{7,16–18,28–30} Pregled rane od carskog reza nakon 2 tjedna i postpartalni pregled nakon 4–8 tjedana su također važne prilike za probir. EPDS se može lako primijeniti i dokazano je da prepozna postpartalne poremećaje raspoloženja već nakon 4–8 tjedana postpartalno.^{30,31} (II-3) Rezultat od 10 ili više ili pozitivan odgovor na pitanje 10 o suicidalnim mislima se smatra pozitivnim i ukazuje da majka možda pati od depresivne bolesti različite stupnjeva.³² (II-3)

Zdravstveni djelatnici koji se brinu za dijete moraju uputiti majku s pozitivnim rezultatom na odgovarajuću skrb.

Učinci PPD-a

Osim očitih štetnih učinaka na majku, PPD utječe na dijete, suprugu i/ili partnera te druge članove obitelji. To može dovesti do obiteljske disfunkcije, onemogućavanja učinkovitog povezivanja majke i djeteta, dovesti do prijevremenog prestanka dojenja te negativno utjecati na rast djeteta i razvoj mozga.^{7,33–36} Stope depresije kod oca su više kada majka ima PPD, što može povećati negativne učinke depresije na djecu. Dojenčad depresivnih majki pokazuje manji povezanost i kontakt očima sa svojom majkom te imaju rizik od nenapredovanja na težini, poremećaja privrženosti i zakašnjenje razvoja.²

Zajednički neuroendokrini mehanizmi između majčinog raspoloženja, razina oksitocina i majčinskog ponašanja tijekom dojenja su dokazani.³⁷ Ovo podržava stav da će žene s depresijom imati koristi od rane i ustrajne podrške dojenju. Isto tako, žene s negativnim ranim iskustvom dojenja imaju veći rizik od simptoma depresije 2 mjeseca nakon poroda; stoga žene koje imaju poteškoća s dojenjem trebalo bi testirati za depresiju.³³

Klinički pristup liječenja PPD

Jednom kada je žena identificirana kao rizična za PPD, treba razmotriti mogućnosti liječenja te joj iste ponuditi. Za blage/umjerene oblike depresije kod dojilja, psihološko/kognitivna bihevioralna terapija bi se trebala smatrati prvom linijom terapije ako je dostupna.³⁸ (II-2)

Liječenje

Nefarmakološko

Psihološka terapija. Psihološka terapija je učinkovita u liječenju velikog depresivnog poremećaja u postporođajnom razdoblju i različiti oblici se čine jednako učinkovitim.^{39–41} (I) Postoje tri pristupa primjeni psihološke terapije u postporođajnom razdoblju, uključujući interpersonalnu terapiju, kognitivnu bihevioralnu terapiju i psihodinamičku psihoterapiju (nedirektivna terapija).^{39–47} Primjena nefarmakološke terapije ne šteti dojenčadi i često je prihvaćena od strane majki s PPD-om.

Razmatranje hranjenja dojenčeta

Poteškoće s dojenjem i simptomi perinatalne depresije se često ukazuju zajedno, prema tome liječenje depresije treba uključivati i razgovor o majčinom iskustvu s dojenjem. Neke majke s depresijom smatraju da dojenje potiče zblizavanje s djetetom i poboljšava njihovo raspoloženje, dok druge smatraju da je dojenje teško. Za dijade koje imaju poteškoća s proizvodnjom mlijeka i hvatanjem, trebaju se poduzeti svi mogući naponi kako bi se pojednostavio plan hranjenja radi osiguranja da majka i dijete imaju vremena da uživaju jedno s drugim. Potrebe noćnog dojenja mogu biti izazov za majke za koje je prekid sna glavni okidač za simptome lošeg raspoloženja. U tim slučajevima, može biti korisno dogovoriti da drugi skrbnik daje jedan obrok djetetu tijekom noći, čime će majka imati 5–6 sati neprekidnog sna. Osoba od potpore također može donijeti majci dijete na dojku a zatim preuzeti dijete te ga staviti natrag na spavanje, čime se umanjuje poremećaj spavanja majki. (III)

Lijekovi

Antidepresivi su učinkoviti oblik liječenja ukoliko je psihološko/kognitivno bihevioralna terapija nedostupna, simptomi su teški ili majke odbijaju psihološku terapiju. Mnogi čimbenici se moraju uzeti u obzir pri odabiru antidepresiva tijekom dojenja. Svi antidepresivi su prisutni u majčinom mlijeku u određenoj mjeri. Podaci za donošenje kliničkih odluka su izvedeni prvenstveno iz izvješća slučaja ili serija slučaja. Dakle, početni izbor lijeka se treba temeljiti na informiranom kliničkom pristupu koji uzima u obzir pacijentove prethodne tretmane depresije, posebno korištenje tijekom trudnoće, ciljne simptome, obiteljsku anamnezu depresije i njihova iskustva s antidepresivima, sadašnje i prethodne bolesti, trenutne lijekove, alergije, nuspojave na lijekove te majčine želje. Individualna analiza rizika i koristi liječenja se treba provesti (Tablica 1).⁴⁸ (I)

Klinički čimbenici koji utječu na odabir antidepresiva

- Uzmite psihijatrijsku anamnezu s naglaskom na prethodne epizode poremećaja raspoloženja i anksioznosti te učinkovitu terapiju. Ako su se koristili psihotropni lijekovi, potrebno je odrediti koji su tretmani učinkoviti s prihvatljivim nuspojavama. Prethodni odgovori na liječenje će obično biti najbolji pokazatelj budućeg odgovora.⁴⁸ (II-2)
- Uzmite obiteljsku anamnezu psihijatrijskih bolesti i odgovora na liječenje. Iskustvo neposrednog člana obitelji može biti pokazatelj odgovora na liječenje majke.⁴⁸ (II-2)
- Razmotrite primarne simptome koje će lijek ciljati i njihov potencijalni profil nuspojava.
- Odaberite psihotropne lijekove koji su dokazani kod žena u laktaciji. Stariji lijekovi s dostupnim podacima imaju prednost pred novijim antidepresivima koji imaju ograničene informacije o sigurnosti.

Odabir antidepresiva za vrijeme dojenja

Kada se razmatra uporaba lijekova kod dojilja, pružatelji zdravstvenih usluga moraju uzeti u obzir sigurnosne čimbenike majke i djeteta. Lijek mora biti učinkovit za majku i siguran za dijete. Iako su razine psihotropnih lijekova u serumu djeteta najpouzdanija mjera izloženosti dojenčadi, često je teško izmjeriti razine lijeka u djetetovom serumu u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Međutim, čimbenici koji utječu na prolaz lijeka u majčino mlijeko se trebaju uzeti u obzir, uključujući sljedeće:

1. Način davanja lijekova i farmakokinetike⁴⁹:
 - stopa apsorpcije
 - poluživot i vrijeme maksimalne razine u serumu
 - konstanta disocijacije
 - volumen distribucije
 - veličina molekule
 - stupanj ionizacije
 - pH plazme (7.4) i mlijeka (6.8)
 - topljivost lijeka u vodi i u lipidima
 - vezanje za protein plazme

2. Razina lijeka koje dijete primi putem mlijeka⁴⁹:

- količina mlijeka
- kolostrum u odnosu na zrelo mlijeko
- koncentracija lijeka u mlijeku
- koliko dobro se dojka ispraznila tijekom prethodnog hranjenja
- dojenčeva sposobnost apsorpcije, detoksikacije i izlučivanja lijeka.

Najnoviji podaci o korištenju lijekova za vrijeme dojenja su lako dostupni na internetu putem TOXNET LACTMED (<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>) (dostupno na engleskom) i e-lactancia (<http://e-lactancia.org/>) (dostupno na engleskom i španjolskom).

Većina istraživanja o antidepresivima daju podatke o razini mlijeka ili razmjeru majčinog mlijeka i plazme, a koji nisu stalni i ovisi o čimbenicima kao što su doza, učestalost, trajanje doziranja, majčinske varijacije u dispoziciji lijeka, interakcija lijekova te genetske pozadine. Rijetko koja studija daje razine u serumu novorođenčadi, iako su oni najbolja mjera izloženosti dojenčadi.⁴⁹

Određeni antidepresivi

Podaci iz nedavne meta-analize su pokazali da su svi antidepresivi otkriveni u mlijeku, ali svi nisu pronađeni u serumu dojenčeta.⁵⁰ Serumske razine nortriptilina, paroksetina, i sertralina kod dojenčeta nisu mogli pronaći. Serumske razine citoloprama i fluoksetina kod dojenčadi su prekoračili preporučenih 10% u majčinoj razini u 17% i 22% slučajeva, zasebno. Rijetke nuspojave su opisane za sve antidepresive. Zaključci se nisu mogli izvući za ostale antidepresive zbog nedovoljnog broja slučajeva. Postoji malo ili nimalo dokaza da su etnički i regionalni „lijekovi“ sigurni i učinkoviti; stoga postoje snažna upozorenja za njihovu primjenu od strane pružatelja zdravstvenih usluga. (II-2) Za određene antidepresivne lijekove vidi Tablicu 1.

Preporuke za liječenje antidepresivima u dojilja

- Trenutni dokazi ukazuju na to da neliječena majčina depresija može imati ozbiljne i dugoročne učinke na majku i dojenče te da liječenje može poboljšati ishode za majku i dijete. Stoga se preporučuje liječenje. (II-2)
- Međutim, važno je da se ne označi majke koje samo boluju od "post-partum blues" kao da su „depresivne“. Mora se napraviti razlika. Za žene s blagim simptomima u prva 2 tjedna nakon poroda predlaže se pomno praćenje umjesto pokretanja terapije s antidepresivnim lijekovima. (II-2)
- Kada je to moguće, i kada su simptomi blagi do umjereni, psihološko/kognitivno bihevioralna terapija je prva linije liječenja za dojilje budući da nema poznatih rizika za dijete. Majke se moraju pratiti i ponovno procijeniti. Ako im nije bolje i simptomi se pogoršavaju, može se razmotriti terapija antidepresivnim lijekovima. (II-2)
- I psihološko/kognitivno bihevioralna terapija i antidepresivi se preporučuju ženama s umjerenim i teškim simptomima ili za koje postoje trenutni faktori stresa ili međuljudski problemi koje psihološka terapija

Tablica 1. Specifični antidepresivi

Klasa	Lijek	Doza/dan	Indikacije	Nuspojave majke	Učinci izloženosti na dojenčad	Komentari
SSRIs	Citalopram ⁵²⁻⁵⁴	10–60 mg	Depresivni ili anksiozni poremećaji; može se propisati za fibromialgiju, neuropatsku bol, predmenstrualne simptome i poremećaje	Gastrointestinalna tjeskoba, glavobolja, seks. disfunkcija, nervoza, ili sedacija	Svi SSRI su zamijećeni u ljudskom mlijeku. Paroksetin ^{71,72} i sertralina ⁷⁴⁻⁷⁸ nisu prešli Preporučenih 10% majčinih razina i obično nisu primijećeni u serumu dojenčeta. ⁷⁵ Fluoksetin ⁵⁷⁻⁶¹ i citalopram ^{52,53} prelaze 10% majčine razine. ⁷⁹ Dojenčeteve nuspojave uključuju problematično spavanje, kolike, iritaciju, loše hranjenje i pospanost. ^{56,63,64,80-82} FDA napominje da fluoksetin ne trebaju koristiti majke koje doje. ⁶⁴	Sertralina je SSRI koji se najčešće malo u mlijeku i relativno siguran profil u trudnoći. Dugoročni učinci na neurobihevijalni razvoj i izlaganje SSRI tijekom trudnoće i laktacije imaju ograničenu bazu, ali su nedavna istraživanja ohrabrujuća. ^{56,63,80,81}
	Escitalopram ^{55,56}	10–20 mg				
	Fluoksetin ⁵⁶⁻⁶⁴	10–80 mg				
	Fluvoksamin ⁶⁵⁻⁷⁰	50–300 mg				
	Paroksetin ^{67,71-73}	10–60 mg				
Sertralina ^{67,74-78,a}	25–200 mg (obično dnevna doza). Početi s 25 mg 5–7 dana, zatim povećati na 50 mg.					
SNRIs	Venlafaxina ^{51,83}	37.5–225 mg	Depresija		Venlafaksin i aktivni metabolit su u mlijeku, i njegov metabolit se može naći u plazmi većine dojene djece, ali nema dokazano povezanih nuspojava. Pratiti za sedaciju i adekvatno dobivanje na težini..	Sporadično opisani slučajevi ovih lijekova. ⁸²⁻⁸⁴
	Duloksetina ⁸⁴	20–120 mg		Galaktoreja		Ograničen broj članaka za znati značajnih ishoda za dojenčadi.
	Desvenlafaxina ⁸²	50–100 mg				
Drugi antidepresivi (norepinefrin/dopamin/serotonin blokiranje ponovne pohrane)	Bupropion ⁸⁵⁻⁸⁸	150–450 mg	Depresija	Pospanost ovisno o dozi, suha usta, povećani apetit, povećanje težine i vrtoglavica	Vrlo ograničeni podaci, u rasponu od asimptomatskih s nemjerljivom razinom u serumu dojenčeta do brige o razdražljivosti i konvulzijama. Ograničeni podaci o dojenčadi, nema prijavljenih štetnih nuspojava	Korištenje nije razlog za prekid dojenja. Međutim, drugi lijek će možda biti poželjniji.
	Mirtazapin ⁸⁹	15–30 mg				
TCA/heterociklički	Amitriptilin, amoksapin, klomipramin, desipramin, doksepin, maprotilin, nortriptilin, protriptilin, i trimipramin	Nortriptilin, 30–50 mg/dan, u 3–4 podijeljene doze, ili ukupne dnevne doze se može dati jednom dnevno.	Poremećaji depresije i anksioznosti; često se koristi u niskim dozama za spavanje i kroničnu bol	Hipotenzija, sedacija, suha usta, zadržavanje mokraće, povećanje težine, seks. disfunkcija, i zatvor. U predoziranju ovi lijekovi mogu izazvati srčane aritmije i smrt.	Jedino nortriptilin ima dovoljan broj prijavljenih slučajeva kako bi se komentirala njegova uporaba tijekom dojenja; općenito je nemjerljivo u serumu dojenčeta; nema izvješćene nuspojave. ⁹⁰⁻⁹² Korištenje doksepina je često s upozorenjem zbog slučaja prijavljene hipotonije, lošeg hranjenja, povraćanja, sedacije u dojenom dojenčetu koje je nestalo nakon prekida dojenja. ⁹³	Jedna od starijih klasa

Tablica 1. (nastavak)

Klasa	Lijek	Doza/dan	Indikacije	Nuspojave majke	Učinci izloženosti na dojenčad	Komentari
Biljno/prirodno	Trava sv. Ivana (Hypericum perforatum) sadrži hipericin i hiperforin kao i flavonoide kao što je kvarcetin.	300 mg	Depresija	Jedna studija je pronašla malo povećanu učestalost grčeva, pospanosti i letargije kod dojene djece ali nije bilo potrebno liječenje.	Hipericin i hiperforin se slabo izlučuju u majčino mlijeko.	Koristi se za liječenje blage do umjerene depresije dugi niz godina, posebno u Europi. Njegova uporaba kao tretman za depresiju u SAD je sporan.
	Omega-3 masne kiseline		Depresija tijekom trudnoće i postpartum razdoblje ⁹⁴	Neznatan rizik za majke i dojenčad. Primarna negativna nuspojava je Miris na ribu.		Manjak dokaza u ovom trenutku da bi se uzeo u obzir za liječenje depresije.
Antipsihotik titrirati.	Kvetiapin	Početi s 25 mg, Maksimalna doza, 600mg	Bipolarni poremećaj, šizofrenija	Sedacija	Sedacija	
Stabilizator	Litij	Početi s 300 mg, titrirati po LI razini. Maks. doza, 900–1.200mg		Proljev, povraćanje	Povišen TSH	Doziranje je uvjetovano razinom litija u krvi majke koje se treba redovito provjeravati.

^aNajbolji sigurnosni profil selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) u laktaciji.

FDA, Američka agencija za hranu i lijekove, LI, litij, SNRI, inhibitori ponovne pohrane serotonina i norepinefrina; TCA, triciklički antidepresiv; TSH, tiroid-stimulirajući hormon.

može pomoći riješiti. Majčin status dojenja ne bi trebao odgađati liječenje. (II-2)

- Žene s umjerenim do teškim simptomima mogu trebati samo liječenje antidepresivima. U uvjetima umjerene do jake depresije, prednosti liječenja će vjerojatno prevagnuti rizike lijekova za majku ili dijete.
- Ne postoje široko prihvaćeni algoritmi za liječenje depresije antidepresivima kod dojilja. Analiza individualnih rizika i koristi se mora provoditi u svakoj situaciji i uzeti u obzir kliničku povijest majke i

odgovor na liječenje, rizike neliječene depresije, rizike i koristi dojenja, koristi liječenja, poznate i nepoznate rizike lijekova na dojenče te majčine želje.

- Ako majka nema anamnezu liječenja antidepresivima, antidepresiv kao što je sertralin koji ima dokaze o nižim razinama u ljudskom mlijeku i serumu dojenčadi te malobrojne nuspojave je odgovarajući prvi izbor. (II-2) Sertralin ima najbolji sigurnosni profil za vrijeme dojenja. Preporučena početna doza je 25 mg prvih 5-7 dana kako bi se izbjegle nuspojave, a zatim povećati dozu na 50mg/dan.

Tablica 2. Resursi za pomoć mentalnog zdravlja i postporođajne depresije žena

Izvor	Opis	URL
Internet stranice		
Međunarodno Marcé Društvo za Perinatalno mentalno zdravlje	Primarno multidisciplinarna skupina zdravstvenih djelatnika zainteresiranih za promicanje, olakšavanje i komuniciranje o istraživanju svih aspekata psihičkog zdravlja žena, njihove djece i partnera tijekom vremena oko porođaja	www.marcesociety.com
Ured zdravlja majke i djeteta, Američki administracijski ured zdravstvenih resursa i usluga	Priručnik pod naslovom "Depresija za vrijeme i nakon trudnoće: Priručnik za žene, njihove obitelji i prijatelje"	www.mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/depression
Nacionalna linija za prevenciju suicida, Uprava za usluge ovisnosti i mentalnog zdravlja SAD-a	1-800-273-TALK (8255)	www.suicidepreventionlifeline.org
Međunarodna postporođajna podrška	Informacije i resursi o postporođajnoj depresiji za pružatelje usluga, majke, očeve i obitelji. Uključuje razgovor uživo i pomoć za nove roditelje. Pristup pomoći prema državi. PSI linija (radnim danom) 800-944-4PPD (4773)	www.postpartum.net
Online grupa podrške za postporođajnu depresiju	Privatno financirana online grupa podrške koja nudi informacije, podršku i pomoć onima koji pate od poremećajima raspoloženja nakon poroda i članovima njihove obitelji, prijatelje, liječnike i savjetnike.	www.ppsupportpage.com
Mentalno zdravlje Amerike	Mentalno zdravlje Amerike je neprofitna organizacija koja se bavi pitanjima mentalnog zdravlja očeva i majki.	www.mentalhealthamerica.net/conditions/postpartum-disorders
Nakon sivila	Nacionalna inicijativa u Australiji za podizanje svijesti o anksioznosti i depresiji koja pruža materijale za oporavak, liječenje i otpornost	www.beyondblue.org.au
Knjige	Bennett SS, Indman P. Razumijevanje i liječenje prenatalne i postnatalne depresije i anksioznosti. Moodswings, San Jose, CA, 2011. Cooper PJ, Murray L, eds. Postporođajna depresija i razvoj djeteta. Guilford, New York, 1999. Kendall-Tackett KA. A Prijateljski pristup dojenju kod postporođajnu depresiju. Praeclarus Press, Amarillo, TX, 2015. Kendall-Tackett KA. Depresija kod novih majki, 2. izd. Routledge, London, 2010. Kleiman K. Terapija kod postpartalnih žena: Napomene za liječenje postporođajne depresije za liječnike i žene koje traže njihovu pomoć. Routledge, Abingdon, United Kingdom, 2008. Kleiman KR. Postpartalni suprug: praktična rješenja za život s postpartalnom depresijom. Xlibris, Bloomington, IN, 2001. Shields B. Pala je kiša: moje putovanje kroz postporođajnu depresiju. Hyperion, New York, 2006. Wiegartz PS, Gyoerkoe KL, Miller LJ. Radna knjiga o trudnoći i postpartalnoj anksioznosti: praktične vještine za pomoć nadilaženja anksioznosti, brige, napada panike, opsesije i kompulzivnosti. New Harbinger Publications, Oakland, CA, 2009.	

- Ako se majka prethodno uspješno liječila određenim selektivnim inhibitorom ponovne pohrane serotonina, tricikličkim antidepresivima ili inhibitorima ponovne pohrane serotonina i norepinefrina, podaci u vezi ovih određenih antidepresiva se trebaju pregledati i uzeti u obzir kao prva linija liječenja ako ne postoje kontraindikacije.
- Majke koje se liječi selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina, tricikličkim antidepresivima ili serotonin-inhibitorima ponovne pohrane norepinefrina tijekom trudnoće s dobrom kontrolom simptoma trebaju nastaviti istim lijekom za vrijeme dojenja. Važno je uvjeriti majku da izlaganje antidepresivu u majčinom mlijeku je puno manje nego izloženosti tijekom trudnoće. Štoviše, kontinuirano liječenje poremećaja raspoloženja je ključno za zdravlje majke i djeteta. Majkama treba dati informacije o poznatim i nepoznatim rizicima te koristima liječenja kako bi donosile informirane odluke.
- Majke treba pažljivo pratiti u početnim fazama liječenja radi promjene simptoma, uključujući i pogoršanje simptoma. Naime, žene s anamnezom bipolarnog poremećaja koji nije dijagnosticiran imaju povećani rizik za razvoj depresije, manije ili psihoze u postporodajnom razdoblju. Iako je ova situacija rijetka, majke i partneri trebaju biti svjesni simptoma koje se treba pratiti, kao što je povećana nesanica, deluzije, halucinacije, nekontrolirane misli i brzi govor/pokreti. Žene koje doživljavaju takve simptome trebaju odmah kontaktirati svog zdravstvenog djelatnika.
- Majčin pružatelj zdravstvene skrbi treba komunicirati s pružateljem skrbi djeteta radi olakšanog praćenja. Dojenčad treba pažljivo pratiti od strane liječnika/zdravstvenog radnika, uključujući i pomno praćenje rasta. Provjere razine seruma nisu preporučene na redovnoj osnovi bez kliničke indikacije ili zabrinutosti. Osim toga, u većini slučajeva, razina seruma neće dati korisne informacije, osim ako se ne radi o psihotropima koji imaju dokumentirani terapijski prozor i laboratorijske standarde (odnosno, triciklički antidepresivi).
- Strategija koja se može koristiti za smanjenje izloženosti dojenčadi na temelju farmakokinetike dojenja jest primjena lijekova odmah nakon hranjenja. (III)
- Postoji nekoliko Internet referenci i knjiga za profesionalce i majke radi pomoći u stjecanju znanja i pomoći u vezi tih pitanja (Tablica 2).

Zaključci i prijedlozi za buduća istraživanja

Unatoč brojnim publikacijama o antidepresivima i dojenju, znanstvenoj literaturi i dalje nedostaju kvalitetna, velika istraživanja koji bi omogućili liječnicima i majkama da sa sigurnošću donose odluke o pojedinim lijekovima. Višestruki pregledi literature uglavnom ukazuju na to da su triciklički antidepresivi i selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina relativno sigurni i svi preporučuju individualnu procjenu rizika i koristi.⁵¹

Buduća istraživanja koja bi pomogla usmjeriti kliničku praksu uključuju:

1. Randomizirana klinička ispitivanja dojilja za bilo koju klasu antidepresiva koji uključuju sljedeće:

- a. Dovoljnu kontrolu za razinu depresije
 - b. Odabir lijeka, podatke o razinama seruma kod dojenčadi, količina otkrivena u majčinom mlijeku, majčine razine seruma i vrijeme uzorkovanja
 - c. Podatke o djetetovom unosu iz mlijeka
 - d. Podatke o ishodima ponašanja dojenčeta
 - e. Procjena utjecaja kontinuiranog dojenja na ublažavanje simptoma ustezanja kod majki koje se liječe antenatalno.
2. Proučavati razloge zašto majke i liječnici biraju odgoditi liječenje kod dojilja i pratiti bihevioralne ishode ove dojenčadi.

Reference

1. Gjerdingen DK, Yawn BP. Pregled za postporodajnu depresiju: Važnost, metode, prepreke i preporuke za praksu. *J Am Board Fam Med* 2007;20: 280–288.
2. Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, et al. Točnost analitičkih preglednih metoda depresije za identifikaciju postporodajne depresije među urbanim majkama. *Pediatrics* 2010;125: e609–e617.
3. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, et al. Prevencija ponovnog pojavljivanja postporodajne depresije: randomizirano kliničko ispitivanje. *J Clin Psychiatry* 2001;62:82–86.
4. Marcus SM. Depresija tijekom trudnoće: Stope, rizici i posljedice—Motherisk Izmijenjeno 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009;16:e15–e22.
5. Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, et al. Faktori rizika postporodajne depresije: uloga inventara prediktora postporodajne depresije-izmijenjeno (PDPI-R). Rezultati istraživanja perinatalne depresije (PNDRScU). *Arch Womens Ment Health* 2009;12: 239–249.
6. Cutler CB, Legano LA, Dreyer BP, et al. Analitički pregled majčinske depresije u populaciji niskog obrazovanja putem ankete s dva upita. *Arch Womens Ment Health* 2007;10: 277–283.
7. Earls MF; Odbor za psihosocijalne aspekte zdravlja djeteta i obitelji Američke akademija za pedijatriju. Objedinjavanje prepoznavanja i upravljanja perinatalnom i postporodajnom depresijom u pedijatrijskoj praksi. *Pediatrics* 2010;126:1032–1039.
8. Mishina H, Takayama JI. Pregled za majčinu depresiju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Curr Opin Pediatr* 2009;21: 789–793.
9. Američko udruženje psihijatarata. Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-V). American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2013.
10. Sriraman NK. Postporodajna depresija: Zašto pedijatri trebaju pregledati nove mame. *Cont Pediatr* 2012;29:40–46.
11. Sharma V. Liječenje postporodajne psihoze: Izazovi i prilike. *Curr Drug Saf* 2008;3:76–81.
12. Chaudron LH, Pies RW. Odnos između postporodajne psihoze i bipolarnog poremećaja: pregled. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1284–1292.
13. Jones I, Craddock N. Poznavanje okidača u bipolarnim poremećajima: rezultati obiteljske studije. *Am J Psychiatry* 2001;158:913–917.
14. Abramowitz JS, Meltzer-Brody S, Leserman J, et al. Opsesivne misli i prinudna ponašanja u uzorku žena sa simptomima postporodajnog raspoloženja. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:523–530.

15. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Opasnost od opsesivno-kompulzivnog poremećaja kod trudnica i žena nakon poroda: meta-analiza. *J Clin Psychiatry* 2013;74:377–385.
16. Nacionalni institut za zdravlje i izvrsnost. Postnatalna njega: Rutinska postnatalna njega žena i njihovih beba (CG37). National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2006.
17. Kraljevski Australijski koledž liječnika opće prakse. Smjernice za preventivne aktivnosti u općoj praksi. Kraljevski Australijski koledž liječnika opće prakse East Melbourne, Australija, 2012.
18. Škotska mreža smjernica upravljanja perinatalnim poremećajem raspoloženja. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh, 2012.
19. Pregled perinatalne depresije. Mišljenje odbora br. 630. Američki koledž opstetričara i ginekologa. *Obstet Gynecol* 2015;125:1268–1271. Dostupno na www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression (pregledano 1. lipnja, 2015).
20. Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, et al. TRIPPD: Mrežno istraživanje učinkovitosti na temelju prakse o nadziranju i upravljanju postporođajnom depresijom. *Ann Fam Med* 2012;10: 320–329.
21. Dodatak A Radne skupine. Vodič za kliničke preventivne usluge: izvješće američke radne skupine 2. izdanje Dostupno na www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (pregledano 27. svibnja, 2015).
22. Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, et al. Uloga pedijatra u primarnoj njezi i percipirane odgovornosti u identifikaciji i upravljanju majčine depresije. *Pediatrics* 2002;110:1169–1176.
23. Chaudron LH, Szilagyi PG, Campbell AT, et al. Pravna i etička razmatranja: Rizici i koristi pregleda za postporođajnu depresiju tijekom posjete djetetu. *Pediatrics* 2007;119:123–128.
24. Javno zdravstvo SAD-a. Izvješće glavnog kirurga o općoj konferenciji dječjeg mentalnog zdravlja: dnevni red nacionalnih aktivnosti. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Washington, DC, 2000. Dostupno www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44233/ (pregledano 27. svibnja, 2015).
25. Radna skupina odbora za psihosocijalne aspekte djeteta i obiteljskog zdravlja. Izjava – budućnost pedijatrije: kompetencije mentalnog zdravlja za pedijatriju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti *Pediatrics* 2009;124: 410–421.
26. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, et al. Učinkovitost i sigurno praćenje za postpartum depresiju. Recenzija usporedne djelotvornosti br. 106. Agencija za istraživanje zdravstvenih usluga i kvalitete, Rockville, MD, 2013. Dostupno na www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/ (pregledano 27. svibnja, 2015).
27. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Otkrivanje postporođajne depresije. Razvoj 10 točaka Edinburgh ljestvice postporođajne depresije. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–786. Dostupno na <http://pesnc.org/wp-content/uploads/EPDS.pdf> (pregledano 27. svibnja, 2015).
28. Hagan JF Jr, Shaw JS, Duncan P, eds. Blistava budućnost: Smjernice za nadzor zdravlja dojenčadi, djece i adolescenata, 3. izdanje, Američka akademija za pedijatriju, Elk Grove Village, IL, 2008.
29. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Istraživanje moguće postpartum depresije tijekom posjete djetetu: da li je dovoljno jednom tijekom prvih 6 mjeseci života? *Pediatrics* 2009;123:e982–e988.
30. Freeman MP, Wright R, Watchman M, et al. Procjena postporođajne depresije za vrijeme posjete djetetu: čimbenici izvedivosti, prevalencija i rizik. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14:929–935.
31. Dennis CL. Možemo li identificirati majke s rizikom za postporođajnu depresiju u razdoblju neposredno nakon poroda koristeći Edinburgh ljestvicu postporođajne depresije? *J Affect Disord* 2004;78:163–169.
32. Jardri R, Pelta J, Maron M, et al. Prediktivna validacijska studija Edinburgh ljestvica postporođajne depresije u prvom tjednu nakon poroda i rizika za postnatalnu depresiju. *J Affect Disord* 2006;93:169–176.
33. Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Učinci ranog dojenja i postporođajna depresija. *Obstet Gynecol* 2011;118:214–221.
34. Trapolini T, McMahan CA, Ungerer JA. Učinci majčine depresije i bračne prilagodbe na internalizirane i ekstranalizirane probleme ponašanja djece. *Child Care Health Dev* 2007;33:794–803.
35. Minkovitz CS, O'Campo PJ, Chen YH, et al. Povezanost između zdravstvenog statusa majke i djeteta te obrazac uporabe medicinske njege. *Ambul Pediatr* 2002;2:85–92.
36. Kavanaugh M, Halterman JS, Montes G, et al. Simptomi depresije majki su negativno povezani s preventivnim praksama i roditeljskim ponašanjima za djecu predškolske dobi. *Ambul Pediatr* 2006;6:32–37.
37. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Povezanost između majčinog raspoloženja i odgovor oksitocina na dojenje. *J Womens Health (Larchmt)* 2013;22:352–361.
38. Ured za sprječavanje bolesti i promicanje zdravlja, Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi SAD-a. Zdravi ljudi u 2020. Zdravlje majke, dojenčadi i djece. Dostupno na <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=26>. (pregledano 27. svibnja, 2015).
39. Ewen AS, Ross LE, Grigoriadis S. Psihosocijalne i psihološke intervencije za liječenje antenatalne depresije. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD006309.
40. Brandon AR, Freeman MP. Kada kaže “ne” lijekovima: psihoterapija za antipartum depresiju. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:459–466.
41. Cuijpers P, Brannmark JG, van Straten A. Psihološka analiza postpartum depresije: Meta-analiza. *J Clin Psychol* 2008;64:103–118.
42. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospektivno studija postpartum depresije. Biološki i psihosocijalni čimbenici. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801–806.
43. Dekker JJ, Koelen JA, Van HL, et al. Brzina akcije: Relativna učinkovitost kratke psihodinamične podržajne psihoterapije i farmakoterapije u prvih 8 tjedana algoritamskog liječenja depresije. *J Affect Disord* 2008;109: 183–188.
44. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, et al. Učinkovitost interpersonalne terapije za postpartum depresiju. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1039–1045.
45. Brandon AR, Ceccotti N, Hynan LS, et al. Dokaz pojma: partnerski potpomognuta interpersonalna psihoterapija za perinatalnu depresiju. *Arch Womens Ment Health* 2012;15: 469–480.
46. Mulcahy R, Reay RE, Wilkinson RB, et al. Randomizirano kontrolno istraživanje učinkovitosti grupne interpersonalne psihoterapije za postporođajnu depresiju. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:125–139.
47. Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, et al. Randomizirano kontrolirano istraživanje kulturno

- relevantnih, kratkih interpersonalnih odnosa. *Psychiatr Serv* 2009;60:313–321.
48. Burt VK, Suri R, Altshuler L, et al. Korištenje psihotropnih lijekova za vrijeme dojenja. *Am J Psychiatry* 2001;158:1001–1009.
 49. Hale T. *Lijekovi i majčino mlijeko*, 16th ed. Hale Publishing, Plano, TX, 2014.
 50. Weissman AM, Levy BT, Hartz AJ, et al. Skupna analiza antidepresivnih razina kod dojilja, majčinom mlijeku i dojenčadi. *Am J Psychiatry* 2004;161:1066–1078.
 51. Molyneux E, Howard LM, McGeown HR, et al. Antidepresivni tretman za postporodajnu depresiju. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;9:CD002018.
 52. Heikkinen T, Ekblad U, Kero P, et al. Citalopram tijekom trudnoće i laktacije. *Clin Pharmacol Ther* 2002;2: 184–191.
 53. Lee A, Woo J, Ito S. Učestalost nuspojava kod dojenčadi koje su povezane s korištenjem citaloprama tijekom dojenja. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:218–221.
 54. Schmidt K, Olesen OV, Jensen PN. Citalopram i dojenje: koncentracije seruma i nuspojave kod dojenčadi. *Biol Psychiatry* 2000;47:164–165.
 55. Bellantuono C, Bozzi F, Orsolini L, et al. Sigurnost escitaloprama tijekom trudnoće i dojenja: cjeloviti pregled. *Hum Psychopharmacol* 2012;27:534–539.
 56. Brent NB, Wisner KL. Koncentracije fluoksetina i karbamazepina kod dojilja i djece. *Clin Pediatr (Phila)* 1998;37:41–44.
 57. Kristensen JH, Ilett KF, Hackett LP, et al. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. *Br J Clin Pharmacol* 1999;48:521–527.
 58. Epperson CN, Jatlow PI, Czarkowski K, et al. Majčino liječenje fluoksetinom u razdoblju poslije poroda: utjecaj na razine trombocita i plazme dojenja kod parova majki-beba. *Pediatrics* 2003;112:e425.
 59. Heikkinen T, Ekblad U, Palo P, Laine K. Farmakokinetika fluoksetina i norfluoksetina u trudnoći i za vrijeme dojenja. *Clin Pharmacol Ther* 2003;73:330–337.
 60. Hendrick V, Stowe ZN, Altshuler LL, et al. Koncentracija fluoksetina i norfluoksetina kod dojenčadi i u majčinom mlijeku. *Biol Psychiatry* 2001;50:775–782.
 61. Suri R, Stowe ZN, Hendrick V, Hostetter A, et al. Procjene dojenčete dnevne doze fluoksetina kroz majčino mlijeko. *Biol Psychiatry* 2002;52:446–451.
 62. Lester BM, Cucca J, Andreozzi L, et al. Moguća povezanost između fluoksetin hidroklorid i kolik kod dojenčadi. *J Am Acad Child Psychiatry* 1993;32:1253–1255.
 63. Chambers CD, Anderson PO, Thomas RG, et al. Povećanje težine kod dojenčadi majki koje uzimaju fluoksetin. *Pediatrics* 1999;104:e61.
 64. Nightingale SL. Izmijenjeno označavanje fluoksetina radi identifikacije interakcije fenitoina i preporuke protiv primjene kod dojilja. *JAMA* 1994;271:106.
 65. Arnold LM, Suckow RF, Lichtenstein PK. Koncentracija fluvoksamina u majčinom mlijeku i serumu majci i novorođenčadi. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:491–493.
 66. Hagg S, Granberg K, Carleborg L. Izlučivanje fluvoksamina u majčino mlijeko. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49:286–288.
 67. Hendrick V, Fukuchi A, Altshuler L, et al. Uporaba sertralina, paroksetina i fluvoksamina kod dojilja. *Br J Psychiatry* 2001;179:163–166.
 68. Piontek CM, Wisner KL, Perel JM, Peindl KS. Serumske razine fluvoksamina kod dojene dojenčadi. *J Clin Psychiatry* 2001;62:111–113.
 69. Yoshida K, Smith B, Kumar RC. Fluvoksamin u majčinom mlijeku i razvoj dojenčeta. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44: 210–211.
 70. Wright S, Dawling S, Ashford JJ. Izlučivanje fluvoksamina u majčinom mlijeku. *Br J Clin Pharmacol* 1991;31:209.
 71. Misery S, Kim J, Riggs KW, Kostaras X. Razine proteina nakon poroda kod depresivnih žena, mlijeku i serumu dojenčeta. *J Clin Psychiatry* 2000;61:828–832.
 72. Stowe ZN, Cohen LS, Hostettler A, et al. Paroksetin u majčinom mlijeku i dojenje dojenčadi. *Am J Psychiatry* 2000;157: 185–189.
 73. Merlob P, Stahl B, Sulkes J. Paroksetin tijekom dojenja: povećanje težine djeteta i majčino pridržavanje savjeta. *Eur J Pediatr* 2004;163:135–139.
 74. Epperson CN, Anderson GM, McDougale CJ. Sertralin i dojenje. *N Engl J Med* 1997;336:1189–1190.
 75. Stowe ZN, Owens MJ, Landry JC, et al. Sertralin i desmetisertralin u majčinom mlijeku i dojenje dojenčadi. *Am J Psychiatry* 1997;154:1255–1260.
 76. Epperson N, Czarkowski KA, Ward-O'Brien D, et al. Liječenje majke sertralinom i prijenos serotonina pri dojenju kod parova majki i beba. *Am J Psychiatry* 2001;158:1631–1637.
 77. Wisner KL, Perel JM, Blumer J. Serum sertalina i razine N desmetisertralina kod parova majki i beba. *Am J Psychiatry* 1998;155:690–692.
 78. Dodd S, Stocky A, Buist A, et al. Analiza sertalina u plazmi kod dojene novorođenčadi. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35: 545–546.
 79. Ito S, Koren G. Antidepresivi i dojenje. *Am J Psychiatry* 1997;154:1174.
 80. Olivier JD, Akerud H, Kaihola H, et al. Učinak majčine depresije i selektivne izloženosti inhibitora ponovne pohrane serotonina majke na potomstvo. *Front Cell Neurosci* 2013;7:73.
 81. Austin MP, Karatas JC, Mishra P, et al. Neuro-razvoj dojenčadi nakon utero izlaganja antidepresivnim lijekovima. *Acta Paediatr* 2013;102:1054–1059.
 82. Rampono J, Teoh S, Hackett LP, et al. Procjena prijensa desvenlafaksina u mlijeku i izlaganje dojenčadi tijekom uporabe dojilja s postpartum depresijom. *Arch Womens Ment Health* 2011;14:49–53.
 83. Ilett KF, Kristensen JH, Hackett LP, et al. Distribucija venlafaksina i njegovom o-demetil metabolita u majčino mlijeko i njihovi učinci na dojenje dojenčadi. *Br J Clin Pharmacol* 2002;53:17–22.
 84. Boyce PM, Hackett LP, Ilett KF. Prijenos duloksetina preko posteljice tijekom trudnoće i mlijekom tijekom laktacije. *Arch Womens Ment Health* 2011;14:169–172.
 85. Baab SW, Peindl KS, Piontek CM, et al. Serumske razine bupropiona dojenja u dva para majki i beba. *J Clin Psychiatry* 2002;63:910–911.
 86. Neuman G, Colantonio D, Delaney S, et al. Bupropion i escitalopram tijekom dojenja. *Ann Pharmacother* 2014;48: 928–931.
 87. Chaudron LH, Schoenecker CJ. Bupropion i dojenje: primjer mogućih napadaja kod dojenčadi. *J Clin Psychiatry* 2004;65:881–882.
 88. Davis MF, Miller HS, Nolan PE Jr. Razine bupropiona u majčinom mlijeku u četiri para majki i beba: više odgovora na zaostala pitanja. *J Clin Psychiatry* 2009;70:297–298.
 89. Aichhorn WMD, Whitworth ABM, Weiss UMD, et al. Mirtazapin i dojenje. *Am J Psychiatry* 2004;161: 2325.

90. Wisner KL, Perel JM. Tretman notritilinom kod dojilja. *Am J Psychiatry* 1996;153:295.
91. Wisner KL, Perel JM. Serumska razina notriptilina kod dojilja i njihove dojenčadi. *Am J Psychiatry* 1991;148:1234–1236.
92. Wisner KL, Perel JM, Findling RL, Hinnes RL. Notriptilin i njegovi hidromeksaboliti kod dojilja i novorođenčadi. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:249–251.
93. Frey OR, Scheidt P, von Brenndorff AI. Nuspojave kod dojene novorođenčadi majki koje uzimaju doksepin. *Ann Pharmacother* 1999;33:690–693.
94. Freeman MP, Hibbeln JR, Wisner KL, et al. Randomizirano pilot ispitivanje doziranih omega-3 masnih kiselina za postpartum depresiju. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:31–35.
95. Lee A, Minhas R, Matsuda N, et al. Sigurnost trave sv. Ivana (*Hypericum perforatum*) za vrijeme dojenja. *J Clin Psychiatry* 2003;64:966–968.

ABM protokoli ističu 5 godina nakon datuma objave. Sadržaj ovog protokola je ažuriran u trenutku objave. Izmjene na osnovi dokaza se izrađuju unutar pet godina ili ranije ukoliko postoje značajne promjene u dokazima.

Odbor protokola Akademije medicine dojenja
Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Predsjednica
Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Dopredsjednica
Larry Noble, MD, FABM, Predsjednik prijevoda
Nancy Brent, MD
Ruth A. Lawrence, MD, FABM
Sarah Reece-Stremtan, MD
Casey Rosen-Carole, MD
Tomoko Seo, MD, FABM
Rose St. Fleur, MD
Michal Young, MD

Za korespondenciju: abm@bfmed.org