

תרופות אנטי דכאוניות בזמן הנקה

לכבוד העורך,

נהייתי לקרוא את המאמר של ד"ר בת שבע הרשקוביץ, על הנושא החשוב של "עצבת דיכאון ופסיכוזה לאחר לידה"¹. אולם, כרופאת ילדים ויועצת הנקה מוסמכת, מוטלת עלי החובה להעיר על משפט אחד מתוך המאמר והוא "לדעתנו כיוון שמצויים תחליפים רבים לחלב אם מומלץ שלא להניק" (במקרה של נטילת תרופות מונעות דיכאון).

אכן, נכון שקיימים תחליפים לחלב אם, אולם מחקר חוזר וספרות רבה בנושא מראים את הסכנות העלולות להיוצר לבריאותו של התינוק בהעדר חלב אם. נכון שיש תרופות לטיפול בדיכאון שיכולות לעורר דאגה, אם תלקחנה על ידי אם מינקת, (למרות שבספרות של ארגון רופאי הילדים בארצות הברית (AAP) מגדירים חלק מן התרופות כעלולות להדאיג, אם תהינה בשימוש תוך כדי הנקה, אך אין הדבר שולל את השימוש בהן, כי פעמים רבות היתרונות חשובים יותר מהדאגה המתעוררת).

קיימות גם תרופות המוגדרות ע"י הארגון כמתאימות לשימוש בזמן הנקה.

מצורף מאמר שכתבתי בנושא זה השנה², העוסק בשימוש בתרופות אלו. ואשמח אם תדפיסו אותו או חלקים מתוכו באסיא, על מנת להבהיר את הנקודה שהעליתי.

ד"ר דינה רחל צימרמן

1. אסיא סז-סח, עמ' 79-75, לעיל עמ' 423-408.

2. מידע הנקה – עלון מידע לרופאים בנושא הנקה, (הוצאת האקדמיה לרפואת הנקה ליגת לה לצה"ה ישראל) גליון 8, יולי 2000 עמ' 1-4.

דינה רחל צימרמן, MD, MPH, IBCLC

דיכאון לאחר לידה והנקה

הואיל ודיכאון לאחר לידה והנקה מתרחשים שניהם לאחר הלידה, סקירה ממצה של דיכאון לאחר לידה דורשת דיון ביחסי הגומלין ביניהם. מאמר זה יעסוק הן בהשפעת ההנקה על דיכאון לאחר לידה, והן בטיפול בדיכאון לאחר לידה באם המיניקה.

היתרונות הרפואיים של ההנקה

בשנים האחרונות הוכיחו שפע של מחקרים, כולל מחקרים שנעשו בארצות מפותחות, את היתרונות הייחודיים של ההנקה לתינוקות, לאמהות ולחברה, וביניהם יתרונות בריאותיים, תזונתיים, פסיכולוגיים, כלכליים וסביבתיים. החלב האנושי עולה על כל אמצעי ההזנה החלופיים, שגם שונים ממנו במידה ניכרת [1]. בין ההבדלים שנמצאו היו רכיבים בחלב האם המפחיתים את סכנת הופעתן ו/או את חומרתן של מחלות שונות, כולל שילשול [2], מחלות בדרכי הנשימה [3] ודלקות אוזניים [4]. תינוקות יונקים מאושפזים פחות והתמותה שלהם ממחלות זיהומיות ולא-זיהומיות, כגון תסמונת מוות בעריסה [5], נמוכה יותר. נשים שהיניקו נמצאות בסיכון נמוך יותר לשטף דם לאחר לידה [6], לסרטן השחלות [7], וכן לסרטן שד פרהמנופאוזלי [8]. לאור ממצאים אלה ברור, שהפסקת הנקה היא בגדר התערבות מרחיקת-לכת שצריכה להישקל בקפדנות.

דיכאון לאחר לידה באם המיניקה – תוצאה או מקריות?

הפרעות במצב הרוח לאחר לידה שכיחות ביותר – בערך 70%-80% מהנשים חוות דיכאון זמני, בדרך כלל ביום השלישי. לתופעה נורמלית זו מתייחסים לרוב כאל "דיכדוך שלאחר לידה". בערך ל-20% מהנשים יש תגובה ממושכת יותר, הידועה בשם דיכאון לאחר לידה [9]. מאחר שעד לעת האחרונה היו רוב הנשים שלאחר לידה גם נשים מיניקות, נקשרה התופעה לעתים קרובות להנקה, ולמעשה כונתה במקורה "שיגעון ההנקה" [10]. ההסבר היה ש"חוסר האיזון ההורמונלי" של ההנקה גרם למצב הדיכאוני [11]. אך הממצאים התומכים בטענה זו לוקים מאוד בחסר. ברבים מהמחקרים המוקדמים לא הוגדרה תדירות ההנקה. לגורם זה השפעה משמעותית על המצב ההורמונלי של האם המיניקה, מאחר שרמות הפרולקטין בשבועות הראשונים קשורות בתדירות ההנקה [12, 13]. מחקר אחד שדווקא בדק את תדירות היניקות טען שמצא קשר בין הנקה לדיכאון, אבל נוהלי ההנקה של האם

המיניקה היו מאוד לא-פיזיולוגיים [14]. מחקר זה מצא, שהנשים שהיו בסיכון הנמוך ביותר לדיכאון היו בעלות רמות הורמונים "פיזיולוגיות" – רמות האופייניות לנשים לא-הרות, לא-מיניקות שמקבלות מחזור חודשי סדיר. לעומת זאת, Jacobi ו-Auerbach טענו באופן משכנע שרמות ההורמונים של האשה בתקופת ההנקה הן המייצגות את המצב הפיזיולוגי אחרי לידה [15]. למעשה, מחקר אחר הראה, שהיתה סבירות גבוהה יותר, שלאמהות המיניקות שסבלו מדיכאון יהיו רמות הורמונים כמו לאמהות שנתנו תרכובות-מזון מלאכותיות. סקירת ספרות עדכנית מצביעה על כך שההנקה איננה מגבירה את הסיכון לפתח דיכאון לאחר לידה. באשה עם רמות הורמונים נורמליות עשויה הנקה מוצלחת לעזור בהגנה מפני דיכאון, וכן לחזק את בטחונה העצמי של האשה ואת הסתגלותה לאמהות [16].

הטיפול בדיכאון לאחר לידה באם המיניקה

מקרים מתונים של דיכאון לאחר לידה באם מיניקה קלים יחסית לטיפול.

חשוב לדאוג לכך שהאם תזכה במנוחה מספקת. דבר זה לא רק ישפר את מצב רוחה אלא גם יקל על ההנקה. העזרה בהפחתת הלחצים שהיא נתונה בהם צריכה להתמקד בעבודות הבית ולא בהזנת התינוק. למשל, ניתן להציע שהיא תתרכז בהנקה התינוק, ושאררים יכינו ארוחה או ידיחו את הכלים. חשוב לבדוק ולהעריך את ההנקה, כי לאם מדוכאת יכולים להיות יותר קשיים בהנקה מאשר לאם שאיננה בדיכאון [17]. יש להקפיד על כך, שהערכת ההנקה תתבצע בידי יועצת הנקה, או רופא או אחות המיומנים בכך. במהלך הערכת ההנקה יש לטפל בקשיים, שעלולים להחמיר את חוסר-הביטחון של האם. כאשר ההנקה מתנהלת היטב, כדאי לתת לאם חיזוקים.

האתגר גדול יותר כאשר הדיכאון לאחר לידה חמור עד כדי כך שנדרש טיפול תרופתי. כל התרופות הנפוצות מועברות בחלב-האם ולכן מגיעות לתינוק. לפני הדיון המפורט בכל תרופה ותרופה, ראוי להזכיר כמה עקרונות כלליים:

1. עצם הופעתה של תרופה כלשהי בחלב-אם אינה גוררת בהכרח פגיעה בתינוק.

2. להנקה יתרונות רפואיים רבים, שצריכים להישקל מול האפשרות, התיאורטית לרוב, שהתרופה מסוכנת לתינוק. יש להעריך את הסיכון לעומת התועלת הצפויים בכל מקרה לגופו, הערכה שתביא בחשבון את יתרונות ההנקה שאוזכרו לעיל ואת הכלל שהסיכון לתינוק מטיפול תרופתי לאם פוחת ככל שהתינוק גדל [18].

3. רבות מהתרופות הותיקות יותר אושרו לשימוש באמהות מיניקות. במקרה של אם מיניקה, לעתים קרובות כדאי לנסות קודם כל את התרופות הותיקות, ולהתקדם לחדשות יותר, שעליהן ידוע פחות, רק אם האם אינה מגיבה או מפתחת תופעות לוואי לא-נעימות.

4. חלק גדול מהמידע על תרופות בהנקה מתייחס לריכוזים בחלב ולהשפעות על התינוק לטווח קצר. חשוב לזכור, שלחשיפה ממושכת לתרופות נירואקטיביות עלולות להיות השפעות לטווח ארוך. גם עובדה זו מעודדת העדפה לתרופות שהיו בשימוש שנים רבות יותר, ושקיימים לגביהן יותר נתונים ארוכי טווח. יש הטוענים שבגלל המחסור בנתונים "נראה שעדיף לחטוא בזהירות-יתר" ולא להיניק [19]. עם זאת, יש לזכור שלהנקה יש גם משמעויות פסיכולוגיות עמוקות בשביל נשים רבות, וההחלטה להפסיק את ההנקה צריכה להישקל מאוד בזהירות, במיוחד במקרה של אשה שכבר נמצאת במצב פסיכולוגי עדין.

תרופות שכיחות לטיפול בדיכאון לאחר לידה – ידע עדכני לגבי השימוש בהן באמהות מיניקות

ההתערבות הפרמקולוגית העיקרית בדיכאון לאחר לידה נעשית בנוגדי-דיכאון. נהוג לחלקם לסוגים הבאים: תרופות טריציקליות, תרופות מקבוצת Selective serotonin reuptake inhibitor SSRI ותרופות אחרות.

נוגדי-דיכאון טריציקליים

באופן כללי אין דיווחים על תופעות לוואי מנטילת נוגדי-דיכאון טריציקליים. עם זאת, יש חששות לגבי ההשפעה שלהם לטווח ארוך על מוחו המתפתח של התינוק. אמנם, זו אינה סיבה שלא להשתמש בתרופות אלה, ורבות מהן אושרו לשימוש, אך זו סיבה טובה להשתמש בהן בזהירות, ולתת את המינון האפקטיבי הנמוך ביותר ולמשך תקופת הטיפול המינימלית האפשרית. תופעות הלוואי התיאורטיות עשויות להיות התופעות האנטיכולינרגיות המיוחסות לתרופות אלה במבוגרים, כגון יובש של הריריות, אישונים מורחבים ואפאטיה.

התרופות בקבוצה זו הן:

אמיטריפטילין (Amitriptyline, Elatrol, Elatrolet Tryptal) והמטאבוליטים הפעילים שלה מופרשים לחלב-אם. אבל שלושה מחקרים שפורסמו לא מצאו אותה בסרום של התינוק [20]. ההערכות הן, שהתינוק מקבל פחות מ-1% מן המנה שהאם נוטלת, כמויות שלא צפויות להיות משמעותיות [21]. התרופה עשויה להגביר את ייצור חלב-האם [22]. האקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים (AAP) מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

אמוקספיין (Amoxapine) והמטבוליט שלה מופרשים בחלב ברמות נמוכות. הרמות בחלב מגיעות בדרך כלל עד 20% מהרמות בפלסמה של האם. עד כה פורסם מקרה אחד. האם סבלה מגלקטוריאיה. לא דווחו בעיות בתינוקות שנחשפו לתרופה דרך חלב האם [20, 21]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23]. אף על פי שהתרופה אינה משווקת בישראל, אנו כוללים אותה בסקירה עקב השינויים התכופים בזמינות התרופות בארץ.

קלומיפראמין (Clomipramine, Anafranil, Maronil) מופרשת לחלב-אם, עם יחס ריכוזים חלב/פלסמה שנע בין 1.6 סמוך ללידה ל-0.76 כעבור חודש [20]. במחקר אחר לא ניתן היה לזהות את התרופה בסרום התינוק [21]. לא דווח על כל תופעות לוואי. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23]. למרות שברשימה קודמת הגדירה אותה כמתאימה לשימוש בעת ההנקה Pediatrics [1994;93:137-150].

דזיפראמין (Desipramine, Norpramine) היא המטבוליט הפעיל של אימיפראמין. לפי ההערכה, המנה שמקבל התינוק היא בערך 1% מהמנה שמקבלת האם [21]. לא דווחו כל מקרים של תופעות לוואי בתינוקות [20]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

דוטיאפיין (Dothiepin, Prothiaden) היא מקבילה חדשה לנוגדי-הדיכאון הטריציקליים. לפי ההערכה, התינוק מקבל 1/650 מהמנה שנוטלת האם [20]. במספר מחקרים לא דווחו כל תופעות לוואי בתינוקות [21]. ה-AAP הגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23]. במחקר מאוחר יותר, שבדק 15 זוגות של אמהות ותינוקות 3-5 שנים לאחר הלידה, לא נמצאו הבדלים בכיצועים הקוגניטיביים בתינוקות שנחשפו לתרופה בחלב האם.

דוקספיין (Doxepin, Gilex) והמטבוליט הפעיל שלה מופרשים לחלב בכמויות קטנות, אך משמעותיות. פורסמו שני תיאורי מקרה של שימוש בתרופה זו במהלך ההנקה. באחד מהם, דווח על מקרה של תינוק שהגיב בכמעט הפסקת נשימה [25]. בדיקות הסרום בתינוק הראו הצטברות של המטבוליט. אמנם, ה-AAP מגדיר גם אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23], אבל לאור דיווח המקרה החמור הזה עדיף כנראה להימנע ממנה ולהשתמש בתרופה אחרת מקבוצה זו, מפני שהמטבוליט הפעיל עלול להצטבר ולהוות סיכון לתינוק [21].

אימפראמין (Imipramine, Tofranil, Primonil) חודר לחלב-אם בריכוזים נמוכים. מעריכים שהתינוק של אם המקבלת מינון טיפולי יקבל בערך 0.04 מ"ג/ק"ג , מינון שהוא נמוך בהרבה מה- 1.5 מ"ג/ק"ג שניתן לילדים גדולים יותר. תרופה זו משמשת לטיפול בילדים גדולים יותר כחלק מהטיפול בהרטבת לילה. יש לשקול בדיקות מעקב לתינוק במקרים של שימוש ממושך [21]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

נורטריפטילין (Nortriptyline) היא המטאבוליט הפעיל של אמטריפטילין. מעריכים ש-2.3% מהמנה שנוטלת האם יהיו זמינים לתינוק, אך זה לא התגלה בסרום תינוקות במספר מחקרים, ולא דווח על כל תופעות לוואי [20, 21]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23]. אף על פי שהתרופה אינה משווקת בישראל, אנו כוללים אותה בסקירה עקב השינויים התכופים בזמינות התרופות בארץ.

תרופות מקבוצת SSRI

(ראה גם מאמר מסכם של פרופ' מרלוב בגיליון זה).

פלואוקסטין (Fluoxetine, Prozac, Affectine, Flutine, Prizma) מופרש לחלב-אם. התינוק מקבל בערך 5%-9% מהמנה שנוטלת האם. עד כה דווח על תופעות לוואי קלות: גזים, עצבנות ובכי שנעלמו כשהאם הפסיקה ליטול את הפלואוקסטין. חששות תיאורטיים אחרים הם טכיקרדיה וירידת לחץ-דם [39]. ה-FDA (רשות התרופות האמריקנית) דרשה שהעלון הנלווה לתרופה יכלול את האזהרה, שהתרופה אסורה בשימוש לנשים מיניקות [26]. אחרים דיווחו על השימוש בתרופה למרות המלצה זו [27]. מחקר מהעת האחרונה העלה חשש מפני הפרעה בעלייה במשקל בתינוקות יונקים של אמהות הנוטלות פלואוקסטין [28]. תרופות אחרות בקבוצה זו עדיפות, בעיקר כשגיל התינוק נמוך [21]. כעת היא מופיע ברשימה של ה-AAP כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

פארוקסטין (Paroxetine, Seroxat, Paxxet 20). רק חלק קטן מאוד מהמנה שמקבלת האם מגיע לתינוק. לא ניתן היה לזהות את התרופה בסרום התינוק. לא דווחו כל תופעות לוואי בתינוק [21]. מחקר מהעת האחרונה מצא רמות נמוכות של פארוקסטין בחלב האם, בעיקר בחלב האחורי, כצפוי בתרופה מסיסה בשומן. אך בסרום התינוק רמות התרופה היו כה נמוכות שלא ניתן היה לגלותן, ולא נצפו כל תופעות לוואי [29]. כעת היא מופיע ברשימה של ה-AAP כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

סרטאלין (Sertaline, Lustral, Zoloft). עד כה פורסמו שלושה מחקרים שבדקו 15 תינוקות. רק כמויות מינימליות של תרופה זו מגיעות לחלב האם. בסרום התינוק נמצאו רמות מינימליות של התרופה, או שלא ניתן היה לזהותן כלל. לא דווחו הפרעות התפתחותיות [21]. כעת היא מופיע ברשימה של ה-AAP כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

נוגדי-דיכאון אחרים

בופרופיאון (Bupropion, Wellbutrin). מחקר אחד הראה הצטברות שלה בחלב, אך לא נתגלו כל רמות בתינוק. מעריכים שהכמות הזמינה לתינוק היא 0.019 מן המנה שנוטלת האם, מינון שלא סביר שיש לו משמעות קלינית [21]. תרופה זו אינה משווקת כרגע בישראל כעת היא מופיע ברשימה של ה-AAP כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

טראזאדון (Trazadone, Depyrel, Trazodil) מופרשת לחלב-אם בכמויות קטנות מאוד. המחקר שנעשה עליה לא הצליח לכלול מטאבוליט העשוי להיות פעיל [20]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

תרופות נוגדות-חרדה

תרופות אלה משמשות לרוב כטיפול מסייע, מפני שדיכאון לאחר לידה מתאפיין לעתים קרובות בחרדה. הקבוצה הנפוצה ביותר שלהן היא הבנזודיאזפינים (Benzodiazepines). נראה, שבמינונים נמוכים הן בטוחות לשימוש. התינוק צריך להיות במעקב בעיקר לישנוניות. שימוש ממושך בתרופות מקבוצת הבנזודיאזפינים אינו מומלץ, עקב מחצית החיים הארוכה שלהן, ונטייה לפיתוח תלות בתרופה. עם זאת, לא הוכח ששימוש חד-פעמי או קצר-טווח מהווה סיכון לתינוקות יונקים [21].

התרופות בקבוצה זו הן:

דיאזפאם (Diazepam, Assival, Valium, Diaz, Disopam, Stesolid). דווח על ישנוניות ואיבוד משקל. דיאזפאם עשויה להצטבר בתינוק היונק, ולכן Briggs וחיב' אינם ממליצים על השימוש בה. Hale חושב שבשימוש לטווח קצר יש פחות סיבה לדאגה [21]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

לוראזפאם (Lorazepam, Lorivan) נמצאת בשימוש נפוץ בתקופת ההריון. הכמויות שמקבלים תינוקות יונקים נראות חסרות משמעות מבחינה

רפואית. הסכנות התיאורטיות כוללות ישנוניות ומצוקה נשימתית [20,21]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית, במיוחד בשימוש ארוך טווח [23].

אוקסאזפאם (Oxazepam, Vaben, Serax). תרופה זו היא מטאבוליט פעיל של דיאזפאם. היא הפחות מסיסה בליפידים מבין הבנזודיאזפינים, ולכן נמצאת ברמות מאוד נמוכות בחלב. התינוק ייחשף בערך לאלפית (1/1000) מהמינון שנוטלת האם [21].

אלפראזולאם (Alprazolam, Xanax). המנה שמגיעה לתינוק היונק היא כ-3% מן המנה שמקבלת האם, מתוקנן למשקל גוף. מנה זו היא כנראה נמוכה מכדי לגרום להשפעה קלינית כלשהי. דווחו סימפטומים של גמילה בתינוק שאמו הפסיקה לנטול תרופה זו בהדרגה לאחר שנחשף לתרופה דרך חלבה במשך 9 חודשים [30]. שימוש מתמשך אינו מומלץ [20]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שהשפעתה על התינוק אינה ידועה, אך עלולה להיות בעייתית [23].

קלובאזאם (Clobazam, Frisium). אין מידע לגבי חלב אם.

תרופות הרגעה ונוגדות-חרדה אחרות

בוספירון (Buspirone, Buspirol, Sorbon). עד כה לא פורסמו מחקרים על תרופה זו בחלב אם. ידוע שהתרופה מופרשת בחלב חולדות.

ליתיום (Lithium) היא אבן-היסוד לטיפול במאניה, ולפעמים משתמשים בה לטיפול בפסיכוזה לאחר לידה. תרופה פוטנטית זו מופרשת לחלב-אם. רעילות הליתיום כבר דווחה בעוברים וביילודים לנשים שנטלו את התרופה במהלך ההריון [20]. ה-AAP מגדירה אותה כתרופה שכדי להזהר בשימוש [23]. יש דיווחים על שימוש בה ללא כל תופעות לוואי. אם משתמשים בה, יש לעקוב אחרי הרמות בסרום התינוק [21].

חשוב להדגיש, שאת התרופות יש לייחד רק למקרים החמורים יותר של דיכאון לאחר לידה, וגם אז יש להשתמש בהן רק כחלק מחיזוק התמיכה הכללית ביולדת. אין צורך להפסיק אוטומטית את ההנקה במקרה שהאם נזקקת לתרופות. יש לעשות מאמץ לבחור בתרופות שקיים לגביהן המידע המחקרי הרב ביותר, ולהשתמש במינון הנמוך ביותר שנמצא יעיל. יש לשקול כל מקרה לגופו של עניין, תוך קבלת הסכמה מדעת של ההורים לכל פתרון שייבחר, ותוך שיקול התועלת הידועה של ההנקה מול סכנה תיאורטית של התרופה. צריך לעשות כל מאמץ כדי לשמור על קשר ההנקה בין האם המדוכאת לבין תינוקה, אם זהו רצונה של האם.

רשימת ספרות

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and The Use of Human Milk. *Pediatrics* 1997;1035-1039.
2. Popkin, B., Adair L., Akin J. et al. Breastfeeding and Diarrheal Morbidity. *Pediatrics* 1990;86:874-882.
3. Wright, A., Holberg, C., Martinez, et al. Breastfeeding and Lower Respiratory Tract Illness in the First Year of Life. *Br Med J.* 1989;299:945-949.
4. Duncan B., et al. Exclusive Breast-feeding for at Least 4 Months Protects Against Otitis Media. *Pediatrics.* 1993; 91:867-872.
5. Cunningham, A., Jelliffe, D. and Jelliffe, E. Breastfeeding and Health in the 1980's: A Global Epidemiologic Review. *J Pediatr* 1991;118:659-666.
6. Chua S., Arulkumaran, S., Lim, I., et al. Influence of Breastfeeding and Nipple Stimulation on Postpartum Uterine Activity. *Br J Obstet Gynaecol.* 1994;101:804-805.
7. Rosenblatt, K. and Thomas D., WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemio.* 1993;22:192-197.
8. Newcomb, P., Storer, B., Longnecker, M., et al. Lactation and a Reduced Risk of Premenopausal Breast Cancer. *N Eng J Med.* 1994;330:81-87.
9. Hopkins, J., Marcus and M., Campell, S. Postpartum Depression: A Critical Review. *Psychol Bull* 1984;95:498-515.
10. Rohe, G. Lactational Insanity (JAMA 100 Years Ago). *JAMA* 1993;270:1180.
11. Harris, B, Johns, S., Fung, H, et al. The Hormonal Environment of Post-natal Depression. *British Journal of Psychiatry* 1989;154:660-667.
12. Kumar, R. and Robson K. Neurotic Disorders During *Pregnancy and the Puerperium*: Preliminary Report of a Prospective Study of 119 Primagravidae. In *Mental Illness in Pregnancy and the Puerperium* (Sandler MJ ed.) London: Oxford University Press 1978.
13. Kumar, R. and Brockington, I. *Motherhood and Mental Illness II: Causes and Consequences.* Boston: Wright, 1988.
14. Adler, E. and Cox, J. Breastfeeding and Postnatal Depression. *Journal of Psychosomatic Research* 1983; 27:139-144.
15. Auerbach, K. and Jacobi, A. Postpartum Depression in the Breastfeeding Mother: In NAACOG Clinical Issues in *Perinatal and Women's Health Nursing* Philadelphia: JB Lippencott Co., 1990.

16. Dunnewold, A. and Crenshaw, J. Breastfeeding and Postpartum Depression: Is There a Connection? *Breastfeeding Abstracts 1996*; 15:25-26.
17. Tamminen, T. The Impact of a Mother's Depression on Her Nursing Experience and Attitudes During Breastfeeding. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1988;87-94 (supp).
18. Wisne, K., Perel, J. and Findling, R. Antidepressant Treatment During Breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996;153:9.
19. Buist, A, Norman, T., Dennerstien, L. Breastfeeding and the Use of Psychotropic Medication: A Review. *Journal of Affective Disorders* 1990;19:197-206.
20. Briggs, G., Freeman, R. and Yaffe, S. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 5th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
21. Hale T. *Medications and Mothers Milk* 8th ed. Amarillo Texas: Parmasoft Medical Publishing. 1999.
22. Lawrence, R. and Lawrence R. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 5th ed. St Louis Missouri: Mosby, 1999
23. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The Transfer of Drugs and other Chemicals into Human milk. *Pediatrics* 2001;108:776-789.
24. Buist, A. and Janson, H. Effect of Exposure to Dothiepin and Northiaden in Breastmilk on Child Development. *Brit J Psy* 1995;167:370-373.
25. Matheson I, Pande, H. and Alertsens, A. Respiratory Depression Caused by N-desmethyldoxepin in Breastmilk. *Lancet* 1985;2:1124]
26. Nightingale, S. Fluoxetine Labeling Revised to Identify Phenytoin Interaction and to Recommend Against Use in Nursing Mothers. *JAMA* 1994;271:1067]
27. Nulman, I. and Koren G. The Safety of Fluoxetine During Pregnancy and Lactation. *Teratology* 1996;53:304-8.
28. Chambers, C., Anderson, P., Thomas, R. et al. Weight Gain in Infants Breastfed by Mothers Who take Fluoxetine. *Pediatrics* 1999;104:e 61.
29. Stowe Z., Cohen, L., Hostetter, A., et al. Paroxetine in Human Breast Milk and Nursing Infants. *Am J Psychiatry* 2000;185-189.
30. Anderson, P., McGuire, G. Neonatal Alprazolam Withdrawal - Possible Effects of Breastfeeding. *DICP Ann Pharmacother* 1989;23:614.

מקור: אסיא עא-עב, עמ' 204-211 (2003)