

DUŠEVNE MOTNJE V NOSEČNOSTI, PO PORODU IN PSIHOFARMAKOTERAPIJA

PSYCHIATRIC DISORDERS IN PREGNANCY, POSTPARTUM AND PSYCHOPHARMACOTHERAPY

AVTOR / AUTHOR:

Danila Hriberšek, mag. farm.

*Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska cesta 37,
3213 Vojnik*

NASLOV ZA DOPISOVANJE / CORRESPONDENCE:

E-mail: danila.hribersek@pb-vojniki.si

1 UVOD

Večina žensk doživlja nosečnost in čas materinstva kot obdobje sreče, zdravja in dobrega počutja. Kljub temu je nosečnost obdobje obsežnih bioloških, psiholoških in osebnostnih sprememb. Duševne motnje v obdobju nosečnosti niso nič manj pogoste kakor v ostalih življenjskih obdobjih (1, 2). Okoli 20 % žensk se v času nosečnosti sreča z motnjami razpoloženja (3). Za nekatere ženske je to čas prvega stika z duševno motnjo, druge se z duševno motnjo srečajo še pred zanositvijo. Za ženske nagnjene k duševnim motnjam je čas nosečnosti, porod in čas po rojstvu otroka še posebno ranljiv. Žal nosečnost ne zavre razvoja

POVZETEK

Nosečnost in materinstvo dojemamo na splošno kot obdobje sreče. Za nekatere ženske pa je ravno nosečnost čas prvega stika ali ponovnega srečanja z duševno boleznijo. To je obdobje hormonskih sprememb, zaradi katerih so ženske, ki so nagnjene k duševnim motnjam, še ranjivejše. Pravočasno prepoznavanje simptomov bolezni in ustrezno ukrepanje, tudi z uvedbo zdravil, je pomembno za obvladovanje duševne motnje tekom nosečnosti in v obdobju po rojstvu otroka. Le tako lahko preprečimo negativne posledice bolezni in zagotovimo varnost matere in otroka.

KLJUČNE BESEDE:

nosečnost, materinstvo, duševna bolezen, farmakoterapija.

ABSTRACT

Pregnancy and motherhood are usually perceived as a period of happiness. For some women pregnancy is the time of first contact with, or recurrence of mental illness and the period of hormonal changes for women prone to psychiatric disorders, make them more vulnerable. Timely recognition of the symptoms of the illness and appropriate action, including pharmacotherapy, is important for mental disorders treatment during pregnancy and in the period after childbirth. Only this way can we prevent the negative consequences of the disorder and ensure the safety of mother and child.

KEY WORDS:

pregnancy, motherhood, psychiatric disorder, pharmacotherapy.

duševne motnje. V kolikor nosečnica z duševno motnjo preneha z jemanjem zdravil, obstaja velika verjetnost, da se bo motnja tekom nosečnosti poslabšala. Nezdravljena duševna motnje je nevarna tako za mater kakor za otroka.

2 DUŠEVNE MOTNJE V NOSEČNOSTI

2.1 PSIHOZE V NOSEČNOSTI

2.1.1. Shizofrenija

Za nekatere bolnice je nosečnost čas izboljšanja bolezni, za večino pa ravno obratno (1). Za ženske, ki so se pred nosečnostjo že srečale z duševno motnjo, še posebej tiste z diagnozo shizofrenije, obstaja velika verjetnost relapsa simptomov med nosečnostjo. Za nosečnico z zdravljeno ali nezdravljeno psihozo v pretekli anamnezi, je nujno potrebno skrbno spremljanje poteka nosečnosti in pojavnosti simptomov bolezni s strani strokovnega tima. Ustrezno zdravljenje akutne psihoze vključuje hospitalizacijo in farmakoterapijo. Nosečnost bolnic s psihozo ali postavljeno diagnozo shizofrenije pogosto spremljajo zloraba alkohola, psihotropnih snovi, slaba socialna podpora, slaba prehranjenost, nemalokrat tudi nasilje v družini. Pogosto se bolnice soočajo še s strahom pred odvzemom otroka po rojstvu in nastanitvijo otroka v rejniško družino, saj zaradi svoje osnovne bolezni, brez ustrezne podpore svojcev, zelo težko prevzamejo odgovornost materinstva.

2.2 MOTNJE RAZPOLOŽENJA

2.2.1 Depresija

Sprememba spalnega cikla, apetita in pomanjkanje energije so simptomi, ki spremljajo marsikatero normalno nosečnost. Okoli 70 % nosečnic navaja v času nosečnosti različne spremembe v razpoloženju. Prevalenca pojava depresije v nosečnosti je okoli 13,6 % pri 32 tednih nosečnosti in 17% pri 36 tednih. Po podatkih raziskav se simptomi depresije najpogosteje pojavijo v prvem ali v tretjem tromesečju nosečnosti in umaknejo med drugim tromesečjem. Depresija je najpogostejša duševna motnja v nosečnosti (3). Nezdravljena depresija, naj gre za neprepoznavanje simptomov ali za strah pred uporabo zdravil v nosečnosti, ima pogosto številne škodljive posledice tako za nosečnico kakor za otroka. Zdravljenje depresije v nosečnosti je podobno kakor v ostalih življenjskih obdobjih, le da je ob zagotavljanju varnosti nosečnosti potrebno misliti tudi na nerojenega otroka. Med najuspešnejše oblike psihoterapije v nosečnosti literatura uvršča kognitivno vedenjsko terapijo in interpersonalno psihoterapijo (3, 4). Zelo pomembno je, da svojci nosečnici nudijo ustrezno pomoč in da seveda razumejo bolezen in se znajo z boleznijo soočiti.

2.1.2 Bipolarna motnja

Zdravljenje nosečnic z bipolarno motnjo in obvladovanje simptomov tekom nosečnosti predstavlja za strokovnjake velik izziv. Ukinitve učinkovite farmakoterapije zaradi nosečnosti ima lahko številne škodljive posledice tako za mater kakor za otroka. Bipolarna motnja tipa I, tipa II ter bipolarne motnje neopredeljenega tipa so resne, kronične duševne motnje, ki se kažejo z različnimi simptomi. Mednje spadajo epizode manije ali hipomanije, epizode depresije ali hitre menjave maničnih in depresivnih epizod. Bipolarna motnja ima številne neželene klinične, socialne in ekonomske učinke, ki močno vplivajo na funkcioniranje ženske v družbenem življenju. Letna incidenca bipolarne motnje je 10 primerov na 100000 ljudi. Prvi simptomi bipolarne motnje se pokažejo nekje med 12. in 30. letom starosti, torej v reprodukcijskem obdobju. Kljub temu, da gre za kronično bolezen, jo lahko obvladujemo s pomočjo ustrezne farmakoterapije, med katero spadajo stabilizatorji razpoloženja, nekateri antipsihotiki in antidepresivi ali kombinacije le teh (5). V zadnjih letih se med nosečnostjo povečuje uporaba atipičnih antipsihotikov kot alternativa stabilizatorjem razpoloženja, ki imajo v zgodnjih obdobjih fetalnega razvoja več neželenih učinkov na otrokov razvoj. Za dobro obvladovanje simptomov tekom nosečnosti in zagotavljanje ustrezne farmakoterapije, ki je v prid materi in ne škodi otroku, je potrebna individualizacija terapije in medsebojno sodelovanje zdravstvenih delavcev različnih strok. Mednje vsekakor spadajo psihiater, družinski zdravnik, ginekolog in klinični farmacevt.

2.2.3 Anksiozne motnje

Med anksiozne motnje v nosečnosti, ki so po pojavnosti takoj za depresijo, uvrščamo panične motnje, obsesivno kompulzivne motnje, motnje hranjenja, generalizirano anksiozno motnjo, posttravmatsko stresno motnjo, socialno fobijo in motnje spanja (3, 4).

2.2.3.1. Panična motnja

Nemalokrat je pojavnost panične motnje v nosečnosti povezana z motnjami v delovanju ščitničnih hormonov. Farmakoterapija vključuje kratkotrajno zdravljenje z benzodiazepini za umiritev simptomov in olajšanje spanja ter uporabo antidepresiva. Med nefarmakološke terapije uvrščamo kognitivno vedenjsko terapijo, podporno (suportivno) psihoterapijo, uporabo tehnik sproščanja in ureditev higiene spanja (3, 4).

2.2.3.2. Obsesivno kompulzivne motnje

Za to vrsto motnje so značilne misli, obsesije, katerih nosečnica ni zmožna kontrolirati. Lahko gre za ponavljajoče

rituale (kompulzije), kot odgovor na vsiljene misli. Po nekaterih podatkih sta obdobje nosečnosti in obdobje po porodu izredno ranljivi za pojavnost te vrste duševne motnje (3). Zdravljenje motnje se v nosečnosti ne razlikuje od zdravljenja v drugih življenjskih obdobjih. Najpogostejši obliki zdravljenja sta kognitivno vedenjska terapija in farmakoterapija (1, 3).

2.2.3.3 Generalizirana anksiozna motnja

Večina nosečnic je upravičeno zaskrbljena nad razvojem otroka in nad lastnimi telesnimi spremembami zaradi nosečnosti. Prisoten je strah pred porodom in materinstvom. Vsekakor pa je prekomerna zaskrbljenost lahko simptom generalizirane anksiozne motnje ali depresije v nosečnosti (3).

2.2.3.4 Fobije

Maloštevilne nosečnice se srečajo s tokofobijo, pretiranim strahom pred porodom. Nema lokrat so te nosečnice nagnjene k razvoju poporodne depresije (1, 3).

2.2.3.5 Motnje hranjenja

Prevalenca motenj hranjenja v nosečnosti je približno 4,9 %. Motnje hranjenja v nosečnosti imajo negativne posledice tako za mater kakor za otroka in so lahko vzrok za splav ali nizko porodno težo otroka (3).

2.2.3.6 Posttravmatska stresna motnja

Simptomi posttravmatske stresne motnje, ki se pojavijo med nosečnostjo, so lahko posledica različnih stresnih doživetij v preteklosti, med drugim spolne zlorabe, preživetega težkega poroda, nosečnosti kot posledice posilstva in podobnih življenjskih dogodkov. Nosečnost in porod lahko obudita spomin na stresne dogodke iz preteklosti (4).

2.2.3.7 Motnje spanja

Spremembe spalnega ritma v nosečnosti so nekaj popolnoma naravnega. V prvem tromesečju potrebuje nose-

čnica navadno več spanja in pogosto za kratek čas zaspi tudi večkrat dnevno. V tretjem tromesečju zaradi fizioloških sprememb težje zaspi in se ponoči večkrat zbuja. Pogosto se nosečnice soočajo tudi z simptomom nemirnih nog, kar lahko ravno tako oteži spanje. Vzrok je pogosto v pomanjkanju folne kisline, železa in vitamina B12. Pri težjih oblikah motenj spanja se najpogosteje svetuje učenje tehnik sproščanja, kognitivno vedenjska psihoterapija in farmakoterapija (npr. zolpidem ali anksiolitik brez aktivnih metabolitov) v čim nižjem odmerku zdravila, čim krajši čas (2, 4).

3 FARMAKOTERAPIJA DUŠEVNIH MOTENJ V NOSEČNOSTI

Kljub skopim podatkom o varnosti uporabe zdravil v nosečnosti, so pri številnih prvih pojavih simptomov duševne motnje ali ob poslabšanju le teh nujno potrebna. Danes imamo k sreči na voljo že številne podatke o uporabi zdravil v nosečnosti. Podatki so rezultat nekajletnega spremljanja uporabe posameznih psihofarmakov v nosečnosti. Priporočila se uporabljajo čim manj zdravil, če je le mogoče v obliki monoterapije in v najnižjem odmerku, ki še obvladuje motnjo ter dodajanje folatov.

3.1. ANTIDEPRESIVI

Farmakoterapija ima v obvladovanju depresije v nosečnosti pomembno vlogo. Potrebno je skrbno tehtanje med tveganjem in koristijo farmakološkega zdravljenja. Pri vsaki nosečnici z depresijo je potrebno individualno določiti vrsto zdravil in ustrezen odmerek zdravila. Med psihofarmaki so antidepresivi najpogosteje uporabljana zdravila v nosečnosti (6). Največ študij in podatkov o uporabi v nosečnosti je za antidepresive iz farmakološke skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina (SSRI) in inhibitorjev privzema serotonina in noradrenalina (SNRI). Odsvetuje se uporaba inhibitorjev monoaminooksidaze in paroksetina, ki naj bi povzročala razvojne nepravilnosti v zgodnjih fazah fetalnega razvoja (7). Fluoksetin in citalopram povezujejo z večjim tveganjem za razvojne napake srca in tveganjem za persistentno pljučno hipertenzijo novorojenčka. Največ podatkov o relativno varni uporabi antidepresiva v nosečnosti je za sertralin in amitriptilin.

ALI STE VEDELI?

- V farmakoterapiji psihoz v nosečnosti je še vedno najpogosteje uporabljano zdravilo haloperidol, ki spada v skupino klasičnih antipsihotikov.
- Po FDA (United States Food and Drug Administration) klasifikaciji tveganja za pojav razvojnih nepravilnosti zaradi zdravila (A – X; A - najnižje tveganje, X – kontraindicirano v nosečnosti), je antipsihotik klozapin uvrščen v razred B, ostali antipsihotiki pa so razvrščeni v razred C ali D.

3.2 STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA

Litij je prvo zdravilo z indikacijo stabilizacije razpoloženja. Litertatura ga na splošno ne uvršča med teratogene, opisana pa je povezava med uporabo litija in pojavnostjo Ebsteinove anomalije, prirojene napake na srcu (5, 8). Med 500 otroki, katerih matere so v nosečnosti prejemale litij, je opisanih 8 primerov pojavnosti Ebsteinove anomalije. Druga raziskava opisuje, da je bil le en otrok izmed 266 z anomalijo Ebstein med nosečnostjo izpostavljen litiju (13). Iz tega lahko zaključimo, da je ob uporabi litija v zgodnji nosečnosti potrebno pogosto in skrbno spremljanje plazemskih koncentracij zdravila in ustrezno prilagajanje dnevnega odmerka zaradi nosečnostnih slabosti. V pozni nosečnosti je lahko uporaba litija vzrok za obporodne težave, za nižje vrednosti na Apgar lestvici in vzrok podaljšane hospitalizacije zaradi nevro-muskularnih težav novorojenčka. Poročajo tudi o pojavu nefrogenega diabetesa, kardiovaskularnih in ledvičnih težav ter pojavu tiroidne toksičnosti zaradi izpostavljenosti novorojenčka litiju med nosečnostjo. Ostali stabilizatorji razpoloženja iz farmakološke skupine protiepileptičnih zdravil, z izjemo lamotrigina, lahko povzročijo nepravilnosti v otrokovem razvoju. Najslabši varnostni profil ima valprojska kislina. Ob karbamazepinu in lamotriginu naj bi bila kar trikrat bolj nevarna za pojav hujših razvojnih nepravilnosti. Vsekakor je pojavnost razvojnih nepravilnosti povezana tudi z velikostjo odmerka zdravila in kombiniranjem valprojske kisline z drugimi učinkovinami (8, 13).

3.3 ANTIPSIHOTIKI

Danes se atipični antipsihotiki vse pogosteje uporabljajo za obvladovanje bipolarni motnje v nosečnosti (7, 8). Na splošno velja, da tako tipični kakor atipični antipsihotiki niso teratogeni. Najvišji profil teratogenosti izmed atipičnih antipsihotikov ima risperidon (7). Olanzapin, po podatkih prospektivne opazovalne raziskave, med atipičnimi antipsihotiki v najvišjem odstotku prehaja placento, takoj za njim sta risperidon in kvetiapin (7, 13).

3.4 BENZODIAZEPINI IN HIPNOTIKI

Uporaba benzodiazepinov v prvem tromesečju lahko poveča možnost nastanka zajčje ustnice, prezgodnjega poroda in nizke porodne teže otroka. Redna uporaba benzodiazepinov v zadnjem tromesečju nosečnosti lahko povzroči odtegnitvene simptome, pojav razdražljivosti, hipotonijo, letarigijo in slabši sesalni refleks pri otroku. Uporaba benzodiazepinov v nosečnosti naj bo omejena na enkratni odmerek ali kratkotrajno uporabo. Zdravila izbora za zdravljenje anksioznih motenj v nosečnosti so antidepresivi (12, 13).

UKTIS (UK Teratology Information Service – zbirni center podatkov o toksičnosti zdravil in kemikalij v nosečnosti) svetuje uporabo sedirajočih antihistaminikov ali kratkodelujočih benzodiazepinov za kratkotrajno zdravljenje nespečnosti v nosečnosti. Odmerki naj bodo nizki, vendar učinkoviti. Odsvetujejo zdravljenje nespečnosti z zdravili tik pred rokom poroda. Smernice NICE (National Institute for Health and Care Excellence) svetujejo kroničnim bolnicam uporabo nizkih odmerkov amitriptilina ali klorpromazina (12).

4 DUŠEVNE MOTNJE ZNAČILNE ZA ČAS PO PORODU

Obvladovanje duševnih motenj, ki se pojavijo v obdobju po porodu je nujno, saj le tako lahko preprečimo dolgoročne posledice bolezni, tako za mater kot za otroka. Najpogostejše duševne motnje, značilne za obdobje po porodu, so poporodni blues, poporodna depresija in poporodna psihoza.

4.1 POPORODNI BLUES

Razdražljivost, anksioznost, nespečnost, jokavost in nihanje v razpoloženju so simptomi, ki spremljajo skoraj vsako žensko nekaj dni po porodu, zaradi hitrih sprememb v koncentraciji hormonov. Navadno simptomi izzvenijo v dveh tednih (19), ko se porodnica naspi in se nihanja v hormonih umirijo. V kolikor so simptomi zelo moteči, se priporoča kratkotrajna uporaba anksiolitikov v nizkih odmerkih, npr. lorazepam v odmerku 0,5 mg. Potrebno je skrbno spremljanje simptomov, saj se vztrajanje simptomov lahko razvije v poporodno depresijo.

4.2 POPORODNA DEPRESIJA

Po diagnostičnih kriterijih (DSM – 4) je poporodna depresija motnja, ki se razvije znotraj 4 tednov po porodu (12). Po drugih kriterijih je to depresivna motnja, ki se razvije kadarkoli znotraj enega leta po porodu, z najvišjo pojavnostjo med prvim in četrtem mesecem po porodu. Kontrolirane raziskave kažejo, da se kar 10 % žensk po porodu sreča s to obliko poporodne duševne motnje. Simptomi poporodne depresije so podobni simptomom depresije, ki se pojavi v kateremkoli drugem življenjskem obdobju. Simptomi, ki se razlikujejo od ostalih oblik depresij so npr. nespečnost, tudi kadar otrok spi, pomanjkanje ugodja v materinski vlogi in občutku krivde, ki se pojavi kot posledice

ALI STE VEDELI?

- Antiepileptik, ki se v psihofarmakoterapiji uporablja kot stabilizator razpoloženja - valprojska kislina, predstavlja relativno veliko tveganje za pojav razvojnih napak, še posebno, če ga nosečnica jemlje v zgodnji nosečnosti.

dica občutka nemoči v vlogi matere. Številne ženske se soočajo s simptomi anksioznosti, z napadi panike in obsesijami strahu, da bodo škodovala otroku. Kljub simptomom je poporodna depresija pogosto spregledana duševna motnja, predvsem na primarni ravni (11, 12).

4.3 POPORODNA PSIHOZA

Pojavnost poporodne psihoze je 1 do 2 primera na 1000 rojstev. Simptomi se pojavijo hitro, lahko v prvih dveh tednih po porodu ali nekje v treh mesecih po porodu (19). Značilni faktorji rizika so npr. pojav psihoze v preteklosti, po prejšnjem porodu, diagnosticirana bipolarna motnja v preteklosti, psihoze v družinski anamnezi. Poporodna psihoza se lahko kaže z različnimi simptomi, npr. kot akutna manija, v obliki vidnih in/ali slušnih halucinacij, zmedenosti, strahu... Značilna je izguba stika z realnostjo, bolnice so lahko nevarne sebi in/ali otroku. Poporodna psihoza je urgetno stanje, ki zahteva takojšnje zdravljenje. Največkrat je potrebna hospitalizacija in uvedba farmakoterapije. Nezdravljena motnja ima lahko slabe kratko in dolgoročne posledice na življenje matere in otroka.

5 FARMAKOTERAPIJA DUŠEVNIH MOTENJ PO PORODU

Vpeljava psihofarmakoterapije pri materah, ki se ne odločijo za dojenje ni problematična. Posebna pozornost je potrebna pri vpeljavi farmakoterapije pri materi, ki otroka doji, saj večina zdravil prehaja v materino mleko.

5.1 ANTIDEPRESIVI

Najpogosteje predpisani antidepresivi po porodu so antidepresivi iz skupine SSRI. Vsi antidepresivi deloma prehajajo v materino mleko. V kolikor je mati tekom nosečnosti jemala antidepresiv(e), je tudi po porodu smiselno s terapijo nadaljevati. Najugodnejši varnostni profil ima sertralin (14, 15).

5.2 STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA

Za ženske z diagnosticirano bipolarno motnjo je čas po porodu mnogokrat povezan s ponovnim zagonom bolezni, s pojavom depresije, manije ali psihoze. Profilaksa s stabilizatorjem razpoloženja zmanjša verjetnost pojava simptomov. Odločitev ali mati z uvedenim stabilizatorjem lahko doji ali raje ne, potrebuje kritično presojo med tveganjem in koristjo ter dobro analizo dostopnih podatkov o zdravilih. Karbamazepin in lamotrigin veljata za zdravili, relativno varni za uporabo v času dojenja (13, 15).

5.3 ANTIPSIHOTIKI

Zelo težko je zaključiti katero zdravilo je varno za uporabo v času laktacije. V letu 2012 je bila opravljena raziskava na podlagi baz podatkov Medline® (U.S. National Library of Medicine), LactMed (Drugs and Lactation Database, baza podatkov o vplivu zdravil in kemikalij na dojenje) in Reprotox® (Reproductive Toxicology Center – zbirka podatkov o vplivu zdravil in kemikalij na nosečnost, plodnost in otrokov razvoj). Izmed 21 antipsihotikov v klinični uporabi so prišli do zaključka, da sta kvetiapin in olanzapin sprejemljiva za uporabo med dojenjem (13). V kolikor je potrebno, se v tem času lahko uporabljajo tudi haloperidol, risperidon in zyklopentiksol. Odsvetovali so uporabo aripiprazola, azenapina, klopazina, flufenazina, flupentiksol, iloperidona, lurasidona, paliperidona, perfenazina, pimozida, ziprazidona in trifluperazina (13, 14).

5.4 BENZODIAZEPINI IN HIPNOTIKI

Vsi benzodiazepini in hipnotiki prehajajo v mleko, vendar v različnih deležih. Kadar je zdravljenje nespečnosti ali občutkov strahu z zdravili potrebno, lahko na podlagi zbranih podatkov iz strokovne literature določimo učinkovine, ki v čim manjšem odmerku prehajajo v mleko. Zdravljenje omejimo na čim krajši čas uporabe zdravila in odmerimo čim nižji odmerek, ki je še učinkovit (13, 15). Na splošno velja, da je varnejša uporaba benzodiazepinov s kratko razpolovno dobo in brez aktivnih metabolitov, kot je npr. lorazepam.

6 SKLEP

Farmakološko zdravljenje duševnih motenj v nosečnosti in v času po porodu je v številnih primerih nuja. Nosečnica ali doječa mati mora biti seznanjena z možnimi neželenimi

učinki farmakološkega zdravljenja. Psihiatrično zdravljenje skupaj s farmakoterapijo naj bi bilo plod delovanja strokovnega tima, ki skrbno bdi nad potekom nosečnosti, poroda in duševne bolezni. Le na takšen način bomo dosegli, da duševne bolezni v nosečnosti in po porodu ne bodo več tabu, da bodo pravočasno prepoznane in ustrezno zdravljene.

7 LITERATURA

1. Muzik M. *Psychiatric illness during pregnancy*. *Current Psychiatry* 2012; 11(2): 23 – 32.
2. Cohen LS, Wang B et al. *Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum*. *Psychiatr Clin North Am*, 2010; 33(2):273 - 293.
3. Carter D, Kostaras X. *Psychiatric disorders in pregnancy*. *BCMJ* 2005; 47(2): 96 – 99.
4. Scotland NL, Stewart DE. *Psychological Aspects of Women's Health Care*. 2nd ed. American Psychiatric Press, 2001: 51 – 89.
5. Epstein R, Moore KM et al. *Treatment of bipolar disorder during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges*. *Drug Healthc Patient Saf* 2015; 7: 7 – 29.
6. Lopez-Vesga O, Blanco C et al. *Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States*. *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65(7): 805 – 815.
7. Gentile S. *Drug Treatment for Mood Disorders in Pregnancy*. *Curr Opin Psychiatry*, 2011; 24 (1): 34 - 40.
8. Jones J, Chandra PS et al. *Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post – partum period*. *The Lancet* 2014; 384: 1789 - 99.
9. Kohen D. *Psychotropic medication in pregnancy*. *BJPsych Advances* 2004; 10: 59 - 66.
10. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period*. Good Practice 2001.
11. Kohen D. *Psychotropic medication and breast-feeding*. *BJPsych Advances* 2005; 11: 371 – 379.
12. *National Collaborating Centre of Mental Health. Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline*. <http://www.nice.org.uk/guidance>. Dostop 01.03.2015.
13. *Reprotox online*. <http://www.reprotox.org/login>. Dostop 01.03.2015.
14. *Lexicomp online*. <https://online.lexi.com/crlsql/servlet/crlonline>. Dostop 01.03.2015.
15. *Lactmed online*. <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>. Dostop 01.03.2015
16. Hendrick V. *Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum*. Humana Press 2006; 1 – 197.
17. Briggs G, Freeman R, Yaffe S. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
18. Robinson GE. *Psychopharmacology in Pregnancy and Postpartum*. *Focus* 2012; Vol. X, No1: 3-14.
19. Ryan D, Kostaras X. *Psychiatric disorders in the postpartum period*. *BCMJ* 2005; 47(2): 100 – 103.