



## ملاحظات استفاده از داروهای اعصاب

### و روان در بیماران مبتلا به صرع

دکتر سپیده حامدی<sup>۱</sup>، دکتر نیایش محبی<sup>۲</sup>

۱. دستیار داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

و روان را برای مشکلات روانی همزمان دریافت کرده‌اند، می‌باشد. این مقاله، مروری جامع‌تر از فهرست داروهای اعصاب و روان نسبت به مقالات موردی است و هدف آن تکمیل اطلاعات متمرکز و عملی ارائه شده در سایر مقالات می‌باشد.

#### مقدمه

نورولوژیست‌ها و متخصصان صرع به‌طور فزاینده‌ای نیاز به تجویز داروهای اعصاب و روان را برای مدیریت مشکلات رایج سلامت

بسیاری از داروهای اعصاب و روان توسط پزشکان و متخصصان برای افراد مبتلا به صرع تجویز می‌شوند. در این مقاله، مطالب خلاصه‌ای در رابطه با کلاس‌های گوناگون داروهای اعصاب و روان (داروهای ضدافسردگی، داروهای محرک و داروهای آنتی‌سایکوتیک) و موارد استفاده از آن‌ها در اختلالات نورولوژیک ارائه می‌شود. هدف این مقاله، فراهم کردن مرجعی مفید برای نورولوژیست‌های دخیل در مدیریت سلامت روانی در یک محیط بالینی و مراقبت از بیمارانی که قبلاً داروهای اعصاب

جانبی رایج و تداخلات مربوط بین داروهای ضدصرع و انواع مختلف داروهای ضدافسردگی، داروهای محرک و داروهای آنتی‌سایکوتیک ارایه می‌گردد.

### داروهای ضدافسردگی

داروهای ضدافسردگی شامل کلاس‌های مختلف از جمله مهارکننده‌های بازجذب سروتونین<sup>1</sup> (SSRIs)، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین-نوراپی‌نفرین<sup>2</sup> (SNRIs)، سایر داروهای ضدافسردگی یا آرام‌بخش و برخی از داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای<sup>3</sup> (TCAs) می‌باشند. در حالی که بیشتر این داروها توصیه‌هایی مبنی بر افزایش دوز به صورت هفتگی دارند، ممکن است ارزیابی پاسخ به دوز اولیه پایین پس از ۶-۴ هفته درمان دارویی مستمر، مفید باشد تا تعیین شود که آیا افزایش دوز بیشتر لازم است یا خیر. علاوه بر این، از آنجا که شواهد در مورد درمان دارویی اختلالات افسردگی و اضطرابی در بیماران مبتلا به صرع نسبتاً کمیاب می‌باشند، بهتر است درمان با دوزهای پایین شروع و سپس، افزایش تدریجی صورت گیرد تا از عوارض جانبی احتمالی جلوگیری گردد. بسیاری از بیماران ممکن است نیازی به افزایش دوز تا حداکثر مجاز<sup>4</sup> FDA نداشته باشند. همچنین، روان‌پزشکان در مواردی مانند اضطراب مقاوم یا اختلال وسواسی-جبری ممکن است از دوزهای بالاتر استفاده کنند. در سایر موقعیت‌های بالینی، درمان ترکیبی با

روان در افراد مبتلا به صرع مشاهده می‌کنند. علاوه بر این، ممکن است داروهای اعصاب و روان توسط سایر پزشکان غیر نورولوژیست نیز برای افراد مبتلا به صرع تجویز شوند و بنابراین، پزشکان دخیل در روند درمان باید از پیامدهای مرتبط آگاه باشند.

هدف از مقاله حاضر این است که اطلاعات مرجعی را به‌طور خلاصه در دسترس نورولوژیست‌ها قرار دهد که دامنه وسیع‌تری از داروهای ضدافسردگی، داروهای محرک و داروهای آنتی‌سایکوتیک را پوشش دهد و بنابراین، اطلاعات متمرکز و عملی ارایه شده در مقالات دیگر را تکمیل کند. دوزدهی، عوارض جانبی، تداخلات و پتانسیل تشدید حملات صرع در این مقاله بررسی گردیده است.

### داروهای اعصاب و روان: خلاصه‌ای از اطلاعات

با وجود این‌که داده‌های محدود برای راهنمایی استفاده از داروهای اعصاب و روان در صرع وجود دارند، توصیه‌های کلی برای افراد مبتلا به صرع استفاده از دوز استاندارد مشابه جمعیت عمومی را پیشنهاد می‌کنند و کارهایی که در زمینه صرع انجام شده است، از جمله بزرگترین مطالعه کنترل‌شده در مورد داروی ضدافسردگی در صرع تاکنون (سرترالین)، نشان می‌دهند که دوزهای استاندارد می‌توانند مؤثر باشند. در بخش‌های بعدی، مطالب خلاصه‌ای از دوزدهی، عوارض

تا ۵ برابر سطح سرتراپین که ممکن است این تصور نادرست را ایجاد کند که بیمار به سرتراپین پاسخ نمی‌دهد. برخی از داروهای ضدافسردگی بر سطح داروهای ضدصرع تأثیر می‌گذارند، در این موارد، نظارت بر سطح داروهای ضدصرع منطقی است و ممکن است نیاز به تنظیم دوز باشد. سندروم فعال‌سازی که شامل علائمی مانند اضطراب، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، تکانه‌وری و حتی شیدایی (مانیا) است، ممکن است در شروع درمان با داروهای ضدافسردگی رخ دهد. شیدایی ممکن است پس از چند ماه درمان با داروهای ضدافسردگی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی رخ دهد. تعداد کمی از داروهای ضدافسردگی با افزایش خطر تشنج همراه هستند، از جمله داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای در دوزهای بالاتر و بوپروپیون (در دوزهای بالاتر و به‌ویژه در فرمولاسیون‌های سریع‌الاثرب).

## داروهای محرک و سایر درمان‌ها برای ADHD<sup>5</sup>

تا کنون انواع داروهای محرک و درمان‌های غیرمحرک برای ADHD وجود دارند. فرمولاسیون‌های متفاوتی به‌ویژه برای متیل‌فنیدات و آمفتامین وجود دارند که شامل قرص‌ها، کپسول‌ها، قرص‌های جویدنی، مایعات، برچسب‌های پوستی و قرص‌های حل‌شونده هستند. این داروها در فرمولاسیون‌های کوتاه‌اثر (۴ ساعت)، میان‌اثر (۸ ساعت) و بلنداثر (۱۰ ساعت یا

دارو از کلاس‌های مختلف (مثلاً SNRI به همراه میرتازاپین یا SSRI به همراه بوسپیرون) ممکن است مؤثرتر و ایمن‌تر باشد. در این موارد، باید به دقت عوارض جانبی را پیش کرده و در صورت امکان از هم‌افزایی عوارض جانبی مشابه جلوگیری کرد. بوسپیرون دارویی آرام‌بخش است که شواهد از مطالعه STAR\*D نشان می‌دهند که می‌توانند به تقویت اثر SSRIs برای درمان افسردگی کمک کنند.

بیشتر داروهای ضدافسردگی فهرست‌شده مؤثر برای درمان هم‌افسردگی و هم اضطراب هستند و دارای تأییدیه US FDA برای درمان افسردگی و حداقل یک اختلال اضطرابی هستند. اگرچه آگوملاتین در بسیاری از کشورهای جهان در دسترس است، توسط FDA آمریکا تأیید نشده است. برخی از داروهای ضدافسردگی داده‌های محدودی در مورد استفاده در کودکان دارند و تأییدیه FDA معمولاً فقط برای افراد بالای ۱۲ سال (یا گاهی ۶ سال به بالا) می‌باشد. تأثیرگذاری و ایمنی برخی داروها مانند میرتازاپین در جمعیت کودکان ثابت نشده است. در زمینه تداخلات دارویی، تداخل میان بیشتر داروهای ضدافسردگی و داروهای ضدصرع که می‌توانند باعث هیپوناترمی شوند، حائز اهمیت می‌باشد که می‌تواند خطر ابتلا به هیپوناترمی را افزایش دهد. همچنین، داروهای ضد صرع که آنزیم‌های کبدی را القاء می‌کنند، سطح سرمی بسیاری از داروهای ضدافسردگی را کاهش می‌دهند، از جمله تداخل و کاهش ۳

این نتیجه رسید که داده‌های کافی برای نتیجه‌گیری وجود دارند که متیل‌فنیدات برای استفاده در کودکان مبتلا به صرع ایمن است (براساس ۷ مطالعه با ۱۸-۰ درصد تشدید حملات) و این که آتوموکستین، یک داروی غیرمحرک، شواهد ایمنی محدودی دارد (یک مطالعه با ۷ درصد تشدید حملات). داده‌ها برای ایمنی آفتامین توسط پنل اجماع ILAE کافی نبود و برای سایر داروهایی که برای درمان ADHD استفاده می‌شوند، داده‌ها بسیار کم یا حتی غیرموجود هستند. سایر عوارض جانبی احتمالی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، از جمله تحقیقاتی در مورد سایکوز و محرک‌ها که نشان دادند نرخ‌های سایکوز بسیار پایین است ( $0.25\%$ )، اگرچه اعداد برای آفتامین کمی بالاتر از متیل‌فنیدات بودند، که این امر از متیل‌فنیدات به‌عنوان خط اول برای ADHD در صرع حمایت می‌کند. پایش‌های بیشتر داروهای محرک شامل گرفتن نوار قلب<sup>۶</sup> (ECG) و اکوکاردیوگرام در آغاز درمان برای افرادی است که تاریخچه فردی یا خانوادگی از بیماری‌های قلبی یا آریتمی دارند و همچنین پایش اشتها، رشد، آنزیم‌های کبدی، شمارش خون، فشار خون و ضربان قلب می‌باشد.

### داروهای آنتی‌سایکوتیک

داروهای آنتی‌سایکوتیک در انواع اختلالات روان از جمله برای مدیریت مراحل مختلف اختلال دوقطبی (به‌ویژه مرحله حاد

بیشتر) موجود می‌باشند. فرمولاسیون‌های کوتاه‌اثر معمولاً ارزان‌تر هستند، اما احتمالاً پابندی به درمان با فرمول‌های بلنداثر بهتر است. یکی از دلایلی که برای انتخاب فرمولاسیون‌های کوتاه‌اثر (اگر پیروی از درمان نگرانی نیست) وجود دارد، این است که این داروها انعطاف‌پذیری بیشتری برای بیماران فراهم می‌کنند تا دارو را در زمان‌هایی که به اثر درمانی دارو بیشترین نیاز است، مصرف کنند. فرمولاسیون‌های مختلف متیل‌فنیدات معمولاً معادل هم نیستند. بنابراین، مهم است که به جداول تبدیل دوز در بروشور دارویی یا منابع مرجع دارویی دیگر هنگام تغییر فرمولاسیون‌ها مراجعه شود. پاسخ به دوز دارو معمولاً سریع می‌باشد و بنابراین، افزایش هفتگی دوز به منظور دستیابی به فواید آن منطقی است. بوپروپیون گاهی به‌طور غیررسمی برای ADHD در افرادی که محرک‌های سنتی را تحمل نمی‌کنند، استفاده می‌شود، اگرچه این دارو به‌ویژه در دوزهای بالاتر به‌عنوان یک داروی تشنج‌زا (proconvulsant) شناخته شده است.

در حالی که مرور سیستماتیک ILAE در مورد دارودرمانی ADHD در صرع متشکل از ۲۰ گزارش برای بررسی و شامل کودکان مبتلا به صرع بود، تنها ۳ مورد از این گزارش‌ها در جمعیت بزرگسالان بودند و داده‌ها برای بزرگسالان کافی نبود. در مورد ویژگی‌های تشنج‌زا احتمالی، این مرور سیستماتیک به

در روز ۴/۴ درصد است، در دوزهای بین ۳۰۰ تا ۶۰۰ میلی‌گرم در روز ۲/۷ درصد و در دوزهای کمتر از ۳۰۰ میلی‌گرم در روز ۱ درصد است. به جز کلوزاپین، خطر ناهنجاری‌های EEG و تشنج در داروهای آنتی‌سایکوتیک دیگر کم در نظر گرفته می‌شود، با در نظر گرفتن برخی داده‌ها که خطر بالاتری را برای اولانزاپین نسبت به سایر داروها در این دسته نشان می‌دهند، اما این خطر به اندازه کلوزاپین نیست.

### تداخلات سیستم P450 سیتوکروم: داروهای ضدصرع و داروهای اعصاب و روان

پزشکانی که داروهای اعصاب و روان را در افراد مبتلا به صرع تجویز می‌کنند باید تداخلات فارماکودینامیک را مد نظر قرار دهند. به‌عنوان مثال، برخی از داروهای ضدصرع مانند کاربامازپین یا فنی‌توین، فعال‌کننده‌های سیستم آنزیمی CYP450 هستند و می‌توانند متابولیسم کبدی بسیاری از داروهای اعصاب و روان (و برخی دیگر از داروهای ضدصرع) را تسریع کنند. بنابراین، اثر بخشی آن‌ها را کاهش می‌دهند. پزشکان باید این اطلاعات را هنگام تنظیم دوزها و ارزیابی پاسخ به درمان یا عوارض جانبی در نظر بگیرند. از طرف دیگر، برخی از داروهای ضدافسردگی، مهارکننده‌های آنزیم‌های CYP450 هستند (مانند فلوکستین و فلووکسامین) و می‌توانند سطح داروهای ضدصرع را افزایش دهند که ممکن است

شیدایی یا میکس و نگهداری) و به‌عنوان درمان کمکی برای داروهای ضدافسردگی در افسردگی مقاوم به درمان استفاده می‌شوند. شایان ذکر است در حالی که حذف بیشتر داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم با داروهای ضدصرع که آنزیم‌های CYP را القاء می‌کنند، افزایش می‌یابد، این تداخل به‌ویژه برای کوئتیاپین برجسته می‌باشد و ممکن است نیاز به افزایش دوز تا پنج برابر به وجود بیاید. چند نکته هنگام تجویز داروهای

آنتی‌سایکوتیک قابل توجه است، از جمله:

۱. همیشه قبل از شروع و هنگام رسیدن به دوز هدف داروهای آنتی‌سایکوتیک باید نوار قلب گرفته شود، زیرا این داروها می‌توانند با افزایش خطر طولانی‌شدن QTc همراه باشند.

۲. بیشتر داروهای آنتی‌سایکوتیک آتپیکال با افزایش خطر سندروم متابولیک همراه هستند که می‌توانند منجر به افزایش وزن، هیپرلیپیدمی و دیابت گردند. پروفایل‌های چربی و پنل‌های شیمیایی باید هر سه تا شش ماه تکرار شوند. بسیاری از پزشکان، متفورمین را برای بیماران که ثانویه به مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک دچار افزایش وزن قابل توجهی می‌شوند، شروع می‌کنند. در حالی که کلوزاپین به ندرت توسط نورولوژیست‌ها تجویز می‌گردد، این دارو به‌عنوان پرعارضه‌ترین داروی آنتی‌سایکوتیک در نظر گرفته می‌شود. در جمعیت عمومی، خطر تشنج در دوزهای بالاتر از ۶۰۰ میلی‌گرم

منجر به سمیت دارویی شود. قابل ذکر است که تمام داروهای ضدصرع از طریق اکسیداسیون توسط CYP450 متابولیزه نمی‌شوند و برخی از آن‌ها به‌طور مستقیم از طریق گلوکوکورونیداسیون متابولیزه می‌گردند، مانند لاموتریژین. متابولیسم از طریق گلوکوکورونیداسیون نیز تحت تأثیر تداخلات فارماکودینامیک قرار می‌گیرد، به‌طوری که

اسید والپروئیک گلوکوکورونیداسیون را مهار می‌کند و کاربامازپین، فنی‌توئین، فنوباریتال و پریمیدون آن را فعال می‌کنند و بنابراین، متابولیسم را تسریع می‌کنند.

### تداخلات فارماکودینامیک که باید در نظر گرفته شود:

❖ **خواب‌آوری:** داروهای آنتی‌سایکوتیک (مانند کلوزاپین، اولانزاپین، کوئتیاپین، داروهای نسل اول کم‌قدرت) + بسیاری از داروهای ضدصرع (اسید والپروئیک، گاباپنتین، پرگالین، فنوباریتال و غیره).

❖ **افزایش وزن/عوارض متابولیک:** داروهای آنتی‌سایکوتیک نسل دوم، میرتازاپین + اسید والپروئیک، پرگالین، گاباپنتین.  
❖ **کاهش وزن/کاهش اشتها:** محرک‌ها + توپیرامات.

### مثال‌های تداخلات فارماکودینامیک مرتبط بالینی

❖ کاربامازپین، فنوباریتال، فنی‌توئین و پریمیدون فعال‌کننده‌های ایزوآنزیم‌های (CYP450 2B6، 1A2، 2C9، C192، 3A4) هستند که می‌توانند سطح خونی و اثرات درمانی بسیاری از داروهای اعصاب و روان را کاهش دهند (مانند فلوکستین، سرترالین، سیتالوپرام، اسکیتالپرام، میرتازاپین، ونلافاکسین، فلووکسامین، هالوپریدول، ریسپریدون، اولانزاپین، کوئتیاپین، آرپیپرازول، لوراسیدون و غیره). توصیه می‌شود که پزشکان هنگام شروع درمان با داروهای اعصاب و روان در بیمارانی که در حال استفاده از داروهای ضدصرع القاکننده آنزیم هستند، تداخلات فارماکودینامیک را بررسی کنند.  
❖ اسید والپروئیک یک مهارکننده ایزوژیم

و توپیرامات با احتمال بیشتری با عوارض رفتاری و فنوباربیتال، پرمیدون و توپیرامات با عوارض شناختی همراه هستند.

## ویژگی‌های مثبت اعصاب و روان داروهای ضدصرع

❖ برخی از داروهای ضدصرع بر سیستم‌های میانجی‌های عصبی تأثیر می‌گذارند که می‌توانند مسؤول ویژگی‌های مثبت مرتبط با اعصاب و روان آن‌ها باشند.

### نتیجه‌گیری

مطالب ارائه‌شده در این مقاله مرجعی برای پزشکانی که در درمان افراد مبتلا به صرع مشغول هستند، فراهم می‌کنند تا بتوانند داروهای اعصاب و روان را به‌طور مناسب مدیریت کنند. حتی زمانی که خود پزشکان داروهای اعصاب و روان را تجویز نمی‌کنند، می‌توانند از اطلاعات موجود در این مقاله برای راهنمایی انتخاب داروهای ضدصرع و بحث در مورد نگرانی‌های مرتبط با تجویز داروهای اعصاب و روان با همکاران خود استفاده کنند.

مشکلات روان‌پزشکی همزمان در افراد مبتلا به صرع نشان‌دهنده نیاز به مراقبت چندرشته‌ای در صرع می‌باشند و نشان می‌دهند که پزشکان باید از مرزهای تخصص‌های خود فراتر رفته و به‌طور جامع به شرایط این افراد بپردازند

❖ **اختلالات حرکتی:** داروهای آنتی‌سایکوتیک (نسل اول و دوم) + اسید والپروئیک.

❖ **هیپوناترمی:** SSRI + کاربامازپین، اوکسکاربازپین، اسلیکاربازپین.

❖ **لکوپنی یا آگرانولوسیتوز:** کلوزاپین + کاربامازپین، اوکسکاربازپین، لووتیراستام.

❖ **عوارض روان‌پزشکی یا رفتاری و شناختی داروهای ضدصرع:** عوارض جانبی روان‌پزشکی یا رفتاری و شناختی داروهای ضدصرع به‌طور مکرر توسط افراد مبتلا به صرع گزارش می‌شوند و این عوارض می‌توانند به عدم پایبندی به درمان، قطع مصرف داروها و ابتلا به مشکلات روان‌پزشکی و ناتوانی قابل توجه در کنترل صرع منجر گردند. بنابراین، هنگام ارائه درمان به افرادی که مشکلات روان‌پزشکی یا رفتاری یا شناختی دارند، پزشکان باید نقش احتمالی داروهای ضدصرع را ارزیابی کنند، به ویژه زمانی که علائم روان‌پزشکی یا رفتاری یا شناختی با شروع مصرف یک داروی ضدصرع جدید که عوارض جانبی شناخته شده‌ای دارد، یا با تغییر دوز (چه مستقیم و چه به‌واسطه تداخلات فارماکودینامیک) هم‌زمان شود. از طرف دیگر، برخی از داروهای ضدصرع ویژگی‌های اعصاب و روان مثبتی دارند که می‌توانند برای استفاده در افراد خاص مبتلا به صرع مفید باشند. این عوارض در دو دسته احتمال بیشتر و احتمال کمتر دسته‌بندی می‌شوند، برای مثال کلوبازام، لووتیراستام

ضدصرع و داروهای اعصاب و روان ممکن است تداخلات دارویی مهمی داشته باشند که بر کارایی درمان و عوارض جانبی تأثیر بگذارند. این تداخلات می‌توانند شامل تأثیرات فارماکودینامیک و فارماکولوژیک باشند.

۲. استفاده از داروهای اعصاب و روان در افراد مبتلا به صرع باید با دقت و با توجه به وضعیت بالینی بیمار و دوزهای دارویی تعیین شود تا از بروز عوارض جانبی احتمالی جلوگیری شود.

۳. برخی داروهای ضدصرع می‌توانند به‌عنوان درمان‌های کمکی برای مشکلات سایکولوژیک مانند اضطراب، افسردگی و اختلالات خواب استفاده شوند، اما باید با دقت پیش شوند تا از بروز عوارض جانبی ناخواسته جلوگیری گردد.

۴. تداخلات دارویی میان داروهای ضدصرع و داروهای اعصاب و روان باید مورد توجه قرار گیرد و پزشکان باید از داروهای جایگزین استفاده کنند یا دوز داروها را به‌طور مناسب تنظیم کنند.

در نهایت، استفاده از داروهای اعصاب و روان در افراد مبتلا به صرع باید هم‌راستا با درمان صرع انجام شود تا بهبود کلی سلامت بیمار تضمین شود. درک تداخلات دارویی و عوارض جانبی می‌تواند به پزشکان کمک کند تا درمان‌های مؤثر و ایمن‌تری را برای این بیماران انتخاب کنند.

تا نتایج بالینی و کیفیت زندگی بیمار به حداکثر برسند.

داروهای ضدصرع در بسیاری از موارد می‌توانند بر رفتار و عملکرد شناختی افراد مبتلا به صرع تأثیر بگذارند. این تأثیرات ممکن است به اشکال مختلف، از جمله تغییرات در خلق و خو، مشکلات حافظه، کاهش توانایی تمرکز، یا حتی ایجاد مشکلاتی مانند اضطراب و افسردگی، خود را نشان دهند. درک این تأثیرات و ارزیابی آن‌ها برای پزشکان ضروری است تا از داروهای ضدصرع به‌طور مؤثرتر و ایمن‌تر استفاده کنند.

علاوه بر این، بسیاری از داروهای ضدصرع ویژگی‌های مطلوب اعصاب و روانی دارند که می‌توانند در درمان مشکلات سایکولوژیک افراد مبتلا به صرع مفید باشند. به‌عنوان مثال، داروهای مانند گاباپنتین و پریگابالین که برای درمان دردهای عصبی و اضطراب استفاده می‌شوند، می‌توانند مزایای اعصاب و روانی نیز داشته باشند. در همین راستا، اطلاع از تداخلات احتمالی داروهای ضدصرع با داروهای اعصاب و روان ضروری است تا پزشکان بتوانند از ترکیب‌های درمانی که ممکن است تأثیرات منفی داشته باشند، اجتناب کنند.

## نکات کلیدی

۱. پزشکان باید آگاه باشند که داروهای

## زیر نویس ها

1. Selective serotonin reuptake inhibitor
2. Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitor
3. Tricyclic antidepressants
4. Food and drug administration
5. Attention deficit hyperactivity disorder
6. Echocardiogram

## منابع

1. Clary HMM. Baslet G. Filho GMA. Dunn D. Tarrada A. Hingray C. Kanner AM. Medication reference tables for neurologists: A focus on psychotropic medications in epilepsy. *Epilepsy Behav Rep* 2025; 30: 100760. doi: 10.1016/j.ebr.2025.100760.
2. Gandy M. Modi AC. Wagner JL. LaFrance WC. Jr Reuber M. Tang V. Managing depression and anxiety in people with epilepsy: A survey of epilepsy health professionals by the ILAE Psychology Task Force. *Epilepsia Open* 2021; 6:127–139. doi: 10.1002/epi4.12455.
3. Mula M. Brodie MJ. de Toffol B. Guekht A. Hecimovic H. Kanemoto K. ILAE clinical practice recommendations for the medical treatment of depression in adults with epilepsy. *Epilepsia* 2022; 63:316–334. doi: 10.1111/epi.17140.
4. Munger Clary HM. Croxton RD. Snively BM. Brenes GA. Lovato J. Sadeghifar F. Neurologist prescribing versus psychiatry referral: Examining patient preferences for anxiety and depression management in a symptomatic epilepsy clinic sample. *Epilepsy Behav* 2021; 114. doi: 10.1016/j.yebeh.2020.107543.
5. Valente KD. Reilly C. Carvalho RM. Smith ML. Mula M. Wirrell EC. Consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of anxiety and depression in children and adolescents with epilepsy: A report from the Psychiatric Pediatric Issues Task Force of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 2024. doi: 10.1111/epi.18116.
6. Giambarberi L. Alexander HB. Munger Clary HM. ADHD in adults with epilepsy: a guide for neurologists. *Epilepsy Behav Rep* 2025; 29. doi: 10.1016/j.ebr.2024.100739.
7. Kanner AM. Major depression, anxiety disorder and suicidality in epilepsy: What should neurologists do? *Epilepsy Behav Rep* 2025; 30. doi: 10.1016/j.ebr.2025.100758.
8. Alper K. Schwartz KA. Kolts RL. Khan A. Seizure incidence in psychopharmacological clinical trials: an analysis of Food and Drug Administration (FDA) summary basis of approval reports. *Biol Psychiatry* 2007; 62:345–354. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.023.
9. Kanner AM. Most antidepressant drugs are safe for patients with epilepsy at therapeutic doses: A review of the evidence. *Epilepsy Behav* 2016; 61:282–286. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.03.022.
10. Mendlowitz S. O'Connor K. Rabheru K. Richter PM. Robichaud M. Walker JR. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psych* 2014; 14(Suppl 1):S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1.
11. Auvin S. Wirrell E. Donald KA. Berl M. Hartmann H. Valente KD. Systematic review of the screening, diagnosis, and management of ADHD in children with epilepsy. Consensus paper of the Task Force on Comorbidities of the ILAE Pediatric Commission. *Epilepsia* 2018; 59:1867–1880. doi: 10.1111/epi.14549.
12. Wu CS. Wang SC. Yeh IJ. Liu SK. Comparative risk of seizure with use of first- and second-generation antipsychotics in patients with schizophrenia and mood disorders. *J Clin Psychiatry* 2016; 77:e573–e579. doi: 10.4088/JCP.15m09898.