

Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Çalışma Birimi Depresyon Tedavi Kılavuzu – III: Depresyon Alt Tiplerinde ve Özel Gruplarda Tedavi Yaklaşımı, Psikoterapiler ve Psikososyal Girişimler



Ömer AYDEMİR¹, Fisun AKDENİZ², Burcu ÖZBARAN³, Ceren Meriç ÖZGÜNDÜZ⁴, Hakan KARAŞ⁵, Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN⁶, Hazal YAĞMUR YILANCIOĞLU⁷, Müge ALKAN⁸, Özlem EKER⁹, Ömer Faruk UYGUR¹⁰, Safiye Zeynep TATLI¹¹, Simge UZMAN ÖZBEK¹², Şevin HUN ŞENOL¹³, Vesile ŞENTÜRK CANKORUR¹⁴, Yağmur KIR¹⁵, Aslı Ceren HİNÇ¹⁶, Beyza ERDOĞAN AKTÜRK¹⁷, İlkey KELEŞ ALTUN¹⁸, Kaan KESKİN¹⁹, Okan GÖRKEM²⁰, Rukiye TEKDEMİR²¹, Ece Özlem ÖZTÜRK²², İsmail BUÇĞÜN²³, Deniz CEYLAN²⁴, Hidayet Ece ARAT ÇELİK²⁵, Mehmet Çağdaş EKER²⁶, Mete ERCİS²⁷, Şükrü Alperen KORKMAZ²⁸, Vesile ALTINYAZAR²⁹, Emre BORA³⁰

ÖZET

Bu kılavuz makalesinde majör depresif bozukluk (MDB) tedavisinde depresyon alt tiplerine, özel hasta gruplarına özgü farmakolojik yaklaşımları ve psikososyal girişimleri kanıt düzeyleriyle birlikte kapsamlı bir şekilde incelenmektedir. Depresyon alt tiplerinden psikotik depresyonda tedavide en yüksek kanıt düzeyine sahip yaklaşım, antipsikotik ile antidepresan kombinasyonu iken atipik depresyonda yeni araştırma eksikliğine rağmen, klasik monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) plaseboya göre en belirgin etkinliği göstermiştir. Melankolik depresyonda ise seçici serotonin gerilim inhibitörlerine (SSRI) yanıtın düşük olduğu bulunmuştur. Trisiklik antidepresanlar (TCA) ve serotonin noradrenalin gerilim inhibitörleri (SNRI) öne çıkarken, bu popülasyonda düşük antidepresan yanıtı nedeniyle elektrokonvülsif terapinin (EKT) önemi fazladır. Çocuk ve

ABSTRACT

Psychiatric Association of Türkiye Mood Disorders Section Depression Treatment Guideline – III: Treatment Approach for Depression Subtypes and Special Groups, Psychotherapies, and Psychosocial Interventions

This guideline article comprehensively examines pharmacological approaches and psychosocial interventions for depression subtypes and special patient groups in the treatment of major depressive disorder (MDD), along with their levels of evidence. Among depression subtypes, the approach with the highest level of evidence for psychotic depression is the combination of an antipsychotic with an antidepressant, whereas in atypical depression, despite a lack of new research, monoamine oxidase inhibitors (MAOI) have shown the most prominent efficacy compared to placebo. In melancholic depression, the response to selective

Atfifin: Aydemir Ö, Akdeniz F, Özbaran B et al. (2026) Psychiatric Association of Türkiye Mood Disorders Section Depression Treatment Guideline – III: Treatment Approach for Depression Subtypes and Special Groups, Psychotherapies, and Psychosocial Interventions. *Türk Psikiyatri Derg* 37:138–160. <https://doi.org/10.5080/u27872>

Geliş Tarihi: 15.12.2025, **Kabul Tarihi:** 15.03.2026, **Yayın Tarihi:** 20.07.2026

¹Prof., Manisa Celal Bayar Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Manisa; ²Prof., Serbest Hekim; ³Prof., Ege Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir; ⁴Yrd. Doç., Acıbadem Üniv. Maslak Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul; ⁵Doç., Serbest Hekim, Psikiyatri, İstanbul; ⁶Prof., Serbest Hekim, Psikiyatri, Ankara; ⁷Uzm. Dr., Bakırçay Üniv. Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir; ⁸Dr., Serbest Psikolog, Psikoloji, İzmir; ⁹Uzm., Serbest Hekim, Psikiyatri, İzmir; ¹⁰Doç., Atatürk Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Erzurum; ¹¹Uzm., Ankara Edik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara; ¹²Uzm., Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kastamonu; ¹³Uzm., Koç Üniv. Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul; ¹⁴Prof., Ankara Üniv. Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara; ¹⁵Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara; ¹⁶Uzm., İzmir Şehir Hastanesi, Psikiyatri Bölüm, İzmir; ¹⁷Uzm., Tarsus Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Mersin; ¹⁸Doç., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa; ¹⁹Dr., Ege Üniv. Tıp Fak., Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir; ²⁰Asistan Dr., Ege Üniv. Tıp Fak., Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir; ²¹Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya; ²²Uzm., Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Trabzon; ²³Uzm., Dokuz Eylül Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Kliniği, Sinirbilimler Anabilim Dalı, İzmir; ²⁴Doç., Serbest Hekim, Adana; ²⁵Doç., Koç Üniv. Tıp Fak.; Mayo Klinik, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul; ²⁶Doç., Maltepe Üniv. Tıp Fak. Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul; ²⁷Prof., Ege Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir; ²⁸Uzm., Mayo Klinik, Psikiyatri ve Psikoloji Bölümü, Rochester, Amerika Birleşik Devletleri; ²⁹Doç., Çanakkale Onsekiz Mart Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale; ³⁰Prof., Adnan Menderes Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın; ³¹Prof., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Ömer Aydemir, e-posta: soaydemir@gmail.com

ergenlerde hafif depresyonda ilk basamak, kanıta dayalı psikoterapilerdir (bilişsel-davranışçı terapi [BDT], kişilerarası ilişkiler terapisi [KİT]). Farmakoterapi gerektiğinde, sekiz yaş üzeri için Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) onaylı SSRI'lar ilk sırada önerilir; ancak intihar düşüncelerinde artış riski nedeniyle tedavinin ilk haftalarında yakın takip esastır. Yaşlılık döneminde ise antidepresan etkinliği 65 yaş sonrası azalır. Bilişsel-davranışçı terapi ve yaşamı gözden geçirme terapisi gibi psikoterapiler ile EKT ve transkraniyal manyetik uyarım (TMU) önemli tedavi seçenekleridir. Perinatal depresyonda ise gebelik veya emzirme dönemlerinde hafif ve orta şiddetteki depresyonda anne adayının tercihinine bağlı olarak psikoterapi (BDT) önerilir. İlaç tedavisi kararı verilirken, tedavi edilmeyen depresyonun ve ilaçların risk-fayda dengesi dikkatle incelenmelidir. Eş tanıılı durumlar bir diğer tedavi seçenekleri açısından önem gösteren depresyon gruplarıdır. Anksiyete bozuklukları eş tanısında SSRI/SNRI'lar ve BDT ilk tercih olarak öne çıkmaktadır. Alkol/madde kullanım bozukluğu eş tanısında çoğu olguda SSRI'lar ilk sırada önerilir. Eş zamanlı BDT veya motivasyonel görüşmeler gibi psikososyal girişimler farmakoterapiye eklenmelidir. Bedensel hastalıkların eş tanısında sistemlere göre ilaç seçimi yapılmaktadır. Psikoterapi seçenekleri incelendiğinde Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT), MDB tedavisinde en yüksek kanıt düzeyine sahip yaklaşımlardır. BDT, akut dönemde farmakoterapi ile benzer etkiye sahipken, uzun dönemde daha koruyucudur. Kronik depresyonda Bilişsel Davranışçı Analiz Sistemli Psikoterapi (BDASP), yinelemede ise Farkındalık Temelli-BDT (FT-BDT) önerilmektedir. İntihar depresyonun en önemli sorunudur. Hastanın intihar riski rutin olarak değerlendirilmeli; intihar davranışlarını azalttığı kanıtlanan antidepresanlar, gençlerde riski artırabildikleri için tedavinin ilk haftalarında yoğun takip altında kullanılmalıdır. Yaşam stili düzenlemeleri de var olan tedaviyi destekler. Akdeniz diyeti, düzenli egzersiz ve uyku hijyeni gibi yaşam stili düzenlemeleri, depresyon tedavisini destekleyen önemli yaşam tarzı uygulamaları arasındadır. Son zamanlarda kullanıma giren teletıp uygulamaları, yüz yüze tedavilere benzer etkinlik göstermekte ve tedaviye erişimi kolaylaştırmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon alt tipleri, eş tanıılı durumlarda tedavi, majör depresif bozukluk tedavisi, özel gruplarda tedavi, psikoterapi uygulamaları

GİRİŞ

Depresyon tedavisinde antidepresanların genel olarak etkili olduğu gösterilmiş olsa bile (Cipriani ve ark. 2018), depresyonun alt tiplerinde ve bazı özel klinik durumlarda belirli ilaçlar daha fazla ön plana çıkmaktadır. Bu makalenin ilk bölümünde depresyon alt tiplerinde kanıtlarıyla birlikte antidepresan seçimi ele alınmaktadır. Ardından özel gruplarda depresyon tedavisi işlenmektedir. Makalenin ikinci bölümünde depresyonda uygulanan psikoterapiler kanıtlarıyla birlikte aktarılmaktadır. Son olarak ise depresyona yönelik diğer psikososyal girişimler incelenmektedir.

DEPRESYON ALT TİPLERİNDE TEDAVİ

Psikotik özellikler gösteren depresyon

Psikotik özellikler gösteren depresyon, depresyon alt tipleri arasında görece en çok çalışılan grup olsa da psikotik özellikler

serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) has been found to be low. Tricyclic antidepressants (TCAs) and serotonin noradrenaline reuptake inhibitors (SNRI) stand out, and electroconvulsive therapy (ECT) plays a more important role in this population due to the low antidepressant response. For mild depression in children and adolescents, the first step is evidence-based psychotherapies (cognitive behavioral therapy [CBT], interpersonal psychotherapy [IPT]). When pharmacotherapy is necessary, the U. S. Food and Drug Administration (FDA)-approved SSRIs are recommended as the first-line agent for those aged 8 and above; however, close follow-up is essential during the first weeks of treatment due to the increased risk of suicidal ideation. In the elderly, antidepressant efficacy decreases after age 65. Cognitive behavioral therapy and life review therapy, along with ECT and transcranial magnetic stimulation (TMS), are important treatment options. For perinatal depression, psychotherapy (CBT) is recommended for mild to moderate depression during pregnancy or lactation, depending on the mother's preference. When deciding on pharmacotherapy, the risk-benefit balance of untreated depression and medications must be carefully considered. Comorbid conditions are another group of depression warranting attention regarding treatment options. In cases of comorbid anxiety disorders, SSRI/SNRIs and CBT stand out as the first choices. For comorbid alcohol/substance use disorder, SSRIs are recommended first-line in most cases. Concurrent psychosocial interventions such as CBT or motivational interviewing should be added to pharmacotherapy. For comorbid physical illnesses, medication selection is made according to the bodily system affected. Examining psychotherapy options, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Interpersonal Psychotherapy (IPT) are the approaches with the highest level of evidence in MDD treatment. Cognitive behavioral therapy is similar in efficacy to pharmacotherapy in the acute phase but is more protective in the long term. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) is recommended for chronic depression, and Mindfulness-Based CBT (MB-CBT) is suggested for recurrence prevention. Suicide is the most important issue in depression. The patient's suicide risk should be routinely assessed; antidepressants, proven to reduce suicidal behavior, must be used under close surveillance during the first weeks in young people due to the increased risk. Lifestyle adjustments also support existing treatment. Lifestyle modifications such as the Mediterranean diet, regular exercise, and sleep hygiene are fundamental components of depression treatment. Recently introduced telemedicine applications show similar efficacy to face-to-face treatments and improve access to care.

Keywords: Depression subtypes, major depressive disorder treatment, treatment in comorbid conditions, treatment in special groups, psychotherapy interventions

gösteren depresyonun tedavisi araştırmaların yeterince ilgi odağı olmamıştır. Yakın tarihli bir meta-analiz psikotik depresyonda randomize kontrollü çalışma sonuçlarını gözden geçirmiştir (Oliva ve ark. 2024). Bu meta-analizde, psikotik depresyon için en etkili seçeneklerin seçici serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI) ile birlikte ikinci kuşak bir antipsikotik kombinasyonu, ve özellikle fluoksetin ve olanzapin kombinasyonu olabileceği gösterilmiştir. Plasebo kontrollü çalışma azlığı nedeniyle diğer tedavilerin etkinliği açısından yeterli kanıt yoktur. Aktif tedavilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda amitriptilin ile beraber perfenazin, tek başına perfenazinden daha etkili; fluoksetin ile birlikte olanzapin, tek başına olanzapinden daha etkili bulunmuştur. Venlafaksin, venlafaksin ile beraber ketiapin ve imipramin de diğer tedavi seçeneklerinden etkin bulunmuştur. Genel olarak, antipsikotik ile beraber antidepresan ilaç kombinasyonları tek başına antipsikotik

veya tek başına antidepresan kullanımından etkin bulunmuştur (Kruizinga ve ark. 2021, Oliva ve ark. 2024).

Elektrokonvülsif terapi (EKT) yanıtı açısından, depresyonun psikotik özellikli olmasının anlamlı bir öngörücü olduğu bilinmektedir. Bir meta-analizde psikotik-olmayan depresyona göre psikotik özellikler gösteren depresyonun EKT'ye artmış yanıtla ilişkili olduğu gösterilmiştir (van Diermen ve ark. 2018).

Atipik özellikler gösteren depresyon

Atipik özellikler gösteren depresyonda tedavi çalışmalarına son yıllarda ilgi azalmış olup yeni yayımlanan çalışma sayısı sınırlıdır. Yakın tarihli bir meta-analiz atipik özellikler gösteren depresyonda randomize kontrollü çalışma sonuçlarını gözden geçirmiştir (Fornaro ve ark. 2025). Plasebo kontrollü çalışmalarda en belirgin etkinlik fenelzin için saptanmıştır. Fenelzin, sertralin, moklobemid, fluoksetin ve imipramin plaseboya göre daha yüksek yanıt oranıyla ilişkilidir. Fenelzin, moklobemid, izokarboksazid, imipramin, selejilin, sertralin, ve fluoksetin nortriptilin'den etkin bulunmuştur. Ancak var olan çalışmaların kalitesi düşük bulunmuştur. Atipik özellikler gösteren depresyonun tedavisi konusunda daha yeni antidepresanlarla ilgili belirgin bir çalışma eksikliği vardır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) atipik özellikler gösteren depresyonda da etkili olabilir ancak bu konuda çok az çalışma vardır (Cuijpers ve ark. 2017).

Melankolik özellikler gösteren depresyon

Yaklaşık dört bin kişi içeren bir çalışma olan STAR*D örnekleminde sitaloprama dördüncü ayda yanıt oranının melankolik özellikler gösteren depresyonda (%26,9) melankolik olmayan depresyona (%53,9) göre belirgin şekilde daha düşük olduğunu göstermiştir (Szmulewicz ve ark. 2024). Valerio ve arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdiği bir meta-analiz melankolik özellikler gösteren depresyonda melankolik olmayan depresyona göre remisyon oranının anlamlı derecede daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca melankolik özellikler gösteren depresyonu olan hastaların, olmayanlara kıyasla ketamin infüzyonuna daha düşük oranda yanıt verdiğine dair bulgular da vardır (Wang ve ark. 2019).

Tablo 1. Psikotik depresyonda tedavi seçenekleri

Etkinlik düzeyi	Tedavi
Yüksek	Antidepresan+Antipsikotik kombinasyonu Fluoksetin + Olanzapin kombinasyonu EKT
Orta	Venlafaksin, imipramin
Düşük	Tek başına SSRI veya antipsikotik
Psikotik olmayan depresyona göre tedavide farklar	

EKT: elektrokonvülsif terapi. SSRI: seçici serotonin geri alım inhibitörleri
EKT veya antipsikotik + antidepresan kombinasyonu optimal tedavi için gerekli.
Venlafaksin, imipramin ve daha potent antidepresanlar optimal tedavi için gerekli olabilir ancak bu konu da henüz yeterli kanıt yok.

Tablo 2. Atipik depresyonda tedavi seçenekleri

Etkinlik düzeyi	Tedavi
Orta	Fenelzin
Düşük	Sertralin, moklobemid, fluoksetin ve imipramin, BDT
Tipik depresyona göre tedavide farklar	
MAO inhibitörleri optimal tedavi için görece ön planda gözükmemekte ancak yeni kuşak antidepresanlarla ilgili çalışmaların yokluğu ve çalışmalarda kalite sorunu nedeniyle bu konu net değil	

Aynı meta-analiz, melankolik depresyonda SSRI tipi antidepresanların, trisiklik antidepresanlara (TCA) göre daha düşük remisyon oranıyla ilişkili olduğunu göstermiştir. Az sayıda çalışma venlafaksin, melankolik depresyonda fluoksetine göre daha etkili olduğunu göstermiştir (Clerc ve ark. 1994, Tzanakaki ve ark. 2000). Duloksetinin de melankolik özellikler gösteren depresyonda, melankolik olmayan depresyondaki kadar etkili olabileceği öne sürülmüştür (Mallinckrodt ve ark. 2005). Bilişsel-davranışçı terapi melankolik özellikler gösteren depresyonda etkili olabilir; ancak bu konuda çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (Cuijpers ve ark. 2017).

Melankolik depresyonda EKT etkilidir. Ancak yedi çalışma içeren bir meta-analiz melankolik özelliklerin EKT'ye artmış yanıtla ilişkili olduğu düşüncesini desteklememiştir (van Diermen ve ark. 2018). Bununla birlikte bu popülasyonda antidepresanlara yanıt düşük oranlarının düşük olması göz önünde bulundurulduğunda, EKT melankolik depresyon için hâlâ önemli bir seçenek olarak değerlendirilmektedir.

Diğer yandan çalışmalar arasında melankolik depresyonun nasıl tarif edildiği konusunda farklılıklar vardır ve bu durum sonuçları etkilemektedir.

Tablo 3. Melankolik depresyonda tedavi seçenekleri

Etkinlik düzeyi	Tedavi
Yüksek	EKT
Orta	Trisiklik antidepresanlar
Düşük-Orta	Venlafaksin, Duloksetin, BDT
Düşük	Antidepresanlar Sitalopram Ketamin
Melankolik olmayan depresyona göre tedavide farklar	

EKT: elektrokonvülsif terapi.
Antidepresanlara yanıt görece düşüktür. EKT ise melankolik olmayan depresyondaki kadar etkilidir. Bu nedenle EKT'nin önemi görece daha fazladır.
Trisiklik ve potent antidepresanlar optimal tedavi için görece avantajlı olabilir.
SNRI grubu ilaçlar için ek çalışmalara ihtiyaç var.

ÖZEL GRUPLARDA DEPRESYON TEDAVİSİ

Çocuk ve ergenlerde depresyon tedavisi

Çocuk ve ergenlerde depresyonun tanı ve tedavi süreçlerinde, hastaların gelişimsel dönemlerinin göz önünde bulundurulması büyük önem taşımaktadır. Yetişkinlerden farklı olarak, çocuk ve ergenlerde aile ve sosyal çevre anamnezlerinin

dikkatle gözden geçirilmesi gerekmektedir (Tao ve ark. 2010). Depresyon tedavisi, yalnızca depresif belirtilerin yönetimiyle sınırlı kalmamalı; gençlerin sosyal ve duygusal gelişimini destekleyerek akademik ve sosyal uyumlarını artırmayı hedeflemelidir. Hafif depresyon olgularında ilk basamak olarak bilgilendirme, rehberli öz-yardım, psikoegitim, destekleyici psikoterapi tercih edilmelidir (Luxton ve Kyriakopoulos 2022).

Tedaviye dirençli olmayan depresyon olgularında, farmakoterapi ve psikoterapi arasında belirgin üstünlük gözlemlenmediğinden, hafif şiddette depresyon tedavisinde ilk basamak olarak kanıta dayalı psikoterapi yaklaşımlarının (BDT, kişilerarası ilişkiler terapisi [KİT]) tercih edilmesi önerilmektedir (Walter ve ark. 2023). Orta şiddette depresyonu olan çocuk ve ergenler için mevcut kılavuzlar farklı tedavi sıralamaları sunmaktadır, hasta özelinde bireyselleştirilmiş bakım anlayışı benimsenmelidir. Psikoterapi müdahaleleri öncelikli olmakla birlikte, gerektiğinde farmakolojik destek de sağlanabilir (MacQueen ve ark. 2016).

Farmakolojik tedavi gerektiğinde, fluoksetin pediatrik grupta plasebodan üstün bulunan ve Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından sekiz yaş ve üzeri için onaylanmış ilk sıra farmakolojik ajan olarak önerilmektedir (Cipriani ve ark. 2016). Bununla birlikte, SSRI ile tedavinin ilk haftalarında intihar düşüncelerinde artış riski bulunması nedeniyle, özellikle tedavinin ilk dört haftasında hastaların haftalık olarak yakın takibe alınması gerekmektedir (Bridge ve ark. 2007, Hetrick ve ark. 2012b). Depresyon tedavi edilmediğinde daha ciddi psikiyatrik riskler oluşturabileceğinden, farmakoterapi gerektiğinde dikkatli izlem ile uygulanmalıdır. Farmakoterapi sürecinde, doz artışı yapılmadan önce en az dört hafta beklenmeli ve yeterli doza rağmen 12 haftalık tedavi sonunda yanıt alınamaması durumunda farmakolojik ajan değişikliği değerlendirilmelidir. Tedaviye dirençli ya da şiddetli depresyon olgularında, EKT 12 yaş ve üzeri ergenlerde dikkatli şekilde kullanılabilecek bir seçenek olarak önerilmektedir (Gautam et al. 2019).

Depresyon tedavisinin en az altı ay ile bir yıl arasında sürdürülmesi ve tedavinin sonlandırılmasının, stres faktörlerinin nispeten az olduğu dönemlere denk getirilerek kademeli olarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir (NICE 2019). Tedaviye direnç durumunda, mevcut tanının gözden geçirilmesi, eşlik eden ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi ve aile dinamikleri, akran zorbalığı, cinsel kimlik endişeleri gibi etmenlerin ele alınması gerekmektedir (Walter ve ark. 2023).

Çocukluk ve ergenlik döneminin, erişkinlikte ortaya çıkabilecek psikiyatrik hastalıkların prodromal evresi olabileceği unutulmamalıdır. Mevcut depresyon tedavi kılavuzları, depresyonun olası iki uçlu bozukluğun ilk atağı olabileceğini yeterince ele almamaktadır. Ayrıca, ergen depresyonunun erken yetişkinlikteki depresyon gelişimi için de güçlü bir öngörücü olduğu gösterilmiştir (MacQueen ve ark. 2016). Bu nedenle,

depresyonun etkin şekilde tedavi edilmesi ve işlevsellik sorunlarının en aza indirilmesi, ergenlerin gelişim süreçlerini sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmeleri açısından kritik öneme sahiptir. Ergenlikten yetişkinliğe geçiş süreci depresyon tedavisinde göz ardı edilmemesi gereken bir dönemdir. Tedavi sürecinin kesintiye uğramaması ve nükslerin önlenmesi için, her hastaya yönelik kişiselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturulmalı ve tedavi sürecinin koordinasyonu bireysel ihtiyaçlara göre düzenlenmelidir (NICE 2019, Luxton ve Kyriakopoulos 2022).

Yaşlılık dönemi ve depresyon tedavisi

Depresyon yaşlılık döneminde de en önemli morbidite nedenlerinden biri olmayı sürdürür. Yaşlılık döneminde depresyonun kendine özgü özellikleri olabileceği düşünüldüğünden, bu dönemdeki depresyon sıklıkla yaşlılık depresyonu, geriatric depresyon ve ileri yaş depresyonu gibi terimler kullanılarak tanımlanmıştır. Yaşlılık döneminde depresyon kavramı hem erken-başlangıçlı hem de geç-başlangıçlı olguları içeren karma klinik grubu kapsar. Erken-başlangıçlı yaşlılık dönemi depresyonu, erişkin depresyonundan etiyolojik olarak farklı değildir ancak eşlik eden bedensel hastalık, kayıp, yas ve yalnızlık gibi döneme özgü sorunlar nedeniyle farklı yaklaşım gerektirebilir. Geç-başlangıçlı yaşlılık dönemi depresyonu etiyolojik olarak erişkin depresyonundan farklı olabilir. Geç-başlangıçlı depresyon sıklıkla vasküler değişiklikler ve nörodejeneratif süreçlerle ilişkilidir ve daha belirgin ve süregelen bilişsel bozukluk ve apati ile seyreder.

Yaşlılık dönemi depresyonunda farmakolojik tedaviler

Yaşlılık dönemi depresyonunda meta-analize dayalı kanıtlar, çalışmalarda kesme noktası 55 yaş alındığında antidepresanların etkin olduğunu ancak 65 yaş alındığında etkinliğin belirgin derecede azaldığını göstermektedir (Tedeschini ve ark. 2011, Mallery ve ark. 2019). Yaşlılık döneminde hastaların ancak yarısında antidepresan tedavisi sonrası kısmi veya tam düzelmeye olduğu görülmektedir (Kok ve ark. 2012, Gutsmedl ve ark. 2020). Yaşlılık depresyonunda uzun yıllara dayanan depresyon öyküsünün (erken-başlangıçlı) antidepresanlara iyi yanıtla ilişkili olduğuna, ancak kısa-süreli (yeni başlangıçlı) depresyonların antidepresanlara yanıt vermediğine dair kanıtlar vardır (Nelson ve ark. 2013). Tedaviye dirençli depresyonda ketamin'in ve aripiprazol'ün süregiden tedavilerin remisyonuna ulaşma oranını artırdığına dair anlamlı ama zayıf düzeyde kanıt bulunmaktadır (Larsen ve ark. 2025).

Yaşlılık dönemi depresyonunda psikoterapiler

Bilişsel-davranışçı terapi ve benzer yaklaşımlar, farkındalık (mindfulness) terapisi ve yaşamı gözden geçirme terapisi (life review therapy) yaşlılık dönemi depresyonunda etkin ve kabul edilebilirliği yüksek bulunmuştur (Ji ve ark. 2023, Lin ve ark. 2024). Kanıt düzeyi açısından, psikoterapiler, yaşlılık dönemi depresyonunda erişkin dönemi depresyonu kadar etkin

gözükmektedir. Yaşlılık dönemine özgü en önemli fark, yaşamı yeniden gözden geçirme terapisinin bu yaş grubunda ön planda olan psikoterapilerden birisi olmasıdır. Yaşlılık dönemi depresyonunda antidepresanlara daha düşük yanıt olduğu ve yaşlılık döneminde psikofarmakolojik tedavilerin yan etki risklerinin arttığı düşünüldüğünde psikoterapiler, özellikle hafif-orta şiddette depresyonda görece daha ön planda düşünülmelidir. Ancak, yaşlılık döneminde psikoterapi hizmeti sağlamak konusunda yetişmiş insan gücü eksikliği bu öneriyi uygulamaya koymakta engelleyici pratik bir faktördür.

Yaşlılık dönemi depresyonunda uyarıcı tedaviler

Çalışmalar yaşlılık dönemi depresyon tedavisinde EKT etkinliğinin belirgin olduğunu ve psikofarmakolojik tedaviye göre daha etkili olduğunu göstermektedir. Elektrokonvülsif terapi yanıtı yaşlılık döneminde erişkin depresyonuna göre daha iyi yanıtla ilişkili gözükmektedir (Meyer ve ark. 2018, Lisanby ve ark. 2020). Bu etki kısmen psikotik bulgular ve psikomotor retardasyonun aracılığıyla açıklanabilmektedir (Jelovac ve ark. 2025). Yaşlılık döneminde EKT kısa dönemde deliryum ve bilişsel yan etki riskiyle ilişkili de olsa uzun dönemde kalıcı bilişsel kayıpla ilişkili bulunmamıştır (Osler ve ark. 2018).

Yaşlılık dönemi depresyonunda meta-analize dayalı kanıtlar incelendiğinde, transkraniyal manyetik uyarım (TMU) tedavisi etkin ve kabul edilebilirliği yüksek bulunmuştur (Zhang ve ark. 2023). Transkraniyal manyetik uyarım tedavisinin yaşlılık dönemi depresyonunda kullanımı hakkındaki kanıt düzeyi erişkin depresyonuna benzer düzeydedir.

Tablo 4. Yaşlılık dönemi depresyon tedavisi

Etkinlik düzeyi	Tedavi
Yüksek	EKT
Orta	Antidepresanlar (kesme yaşı 55 ve erken başlangıçlı) TMS BDT, Yaşam gözden geçirme terapisi
Düşük	Antidepresanlar (kesme yaşı 65 ve geç başlangıçlı) Ketamin Aripiprazol
Erişkin yaş depresyona göre tedavide farklar	

EKT: elektrokonvülsif terapi, TMS: Transkraniyal manyetik stimülasyon, BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi. EKT yanıt daha iyi.

Yaşam gözden geçirme terapisi psikoterapilerde görece önemli.
Antidepresanlara yanıt (özellikle geç başlangıçlı olgularda) daha kötü.

Gebelik ve emzirme döneminde majör depresyon tedavisi

Üreme çağındaki kadınlarda majör depresyon dönemi (MDD) tedavisi hem gebelik öncesi hem gebelik sırasında ve hem de doğum sonrası dönemde ayrı ayrı ele alınmalıdır. Gebelik ve doğum sonrası depresyon hem anneyi hem de fetüs-bebeği etkilediği için çok önemlidir. Tedavi kararı verilirken sağaltılmayan depresyonun hem anne hem de fetüs-bebek üzerine etkileri (duygusal ve gelişimsel) ve tedavi girişimlerinin etkileri arasında yarar-zarar oranları incelenmelidir. Tedavi planı

yapılırken hastanın öyküsü, aile öyküsü, risk faktörleri, destek sistemleri, ruhsal ve obstetrik durumlar göz önüne alınarak ilaçlar ve/veya psikoterapi planlanmalıdır.

Tarama-değerlendirme: Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon taramasında Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Hasta Sağlık Anketi-9 (Patient Health Questionnaire-9) kullanılır (Falek ve ark. 2022, COPE 2023, Simas ve ark. 2023, Vigod ve ark. 2025).

Tedavi: Pek çok anne adayları bebeğinin ilaçtan etkileneneğini düşünerek psikoterapi seçeneğini tercih etmektedir. Tedavi kılavuzlarında da hafif veya depresyonun şiddetinden bağımsız anne adayının tercihinin bağlı olarak psikoterapi önerilmektedir. İlaç tedavisi orta ve daha şiddetli depresyonlarda ya da psikoterapiye ulaşamayanlarda önerilmektedir (ACOG 2023). Tablo 5 ve 6'da gebelik ve emzirme döneminde depresyon tedavisi ile ilgili veriler özetlenmiştir.

Psikoterapiler: Tedavi kılavuzlarında da kanıtı en yüksek ve birinci tercih BDT'dir (Molenaar ve ark. 2018, COPE 2023). Doğum sonrası depresyonda en etkili psikolojik müdahale olan BDT yüz yüze, grup halinde veya internet temelli olarak uygulanabilir (Branquinho ve ark. 2021, Vigod ve ark. 2025). Diğer terapiler (KİT, üçüncü dalga terapileri) kanıt düzeyi düşük olduğu için ilk tercih olarak önerilmemektedir (Vigod ve ark. 2025).

İlaç tedavileri: Tedavinin yararları ve zararları tartılmalıdır. Plansız gebeliklerde kullanılan ilacın aniden kesilmesi sorunlara yol açacaktır. Gebelik sırasında teratojenik riski olmayan ilaç(lar) ve emzirme döneminde de bebeğe yan etkisi olmayan ilaçlar önerilmektedir. Tablo 5'te antidepresanların yararları ve zararları ayrıntılı olarak incelenmiştir. En yoğun endişe gebeliğin ilk üç ayında paroksetine maruz kalma ile kardiyak malformasyonlar arasındaki ilişkidir (Fabiano ve ark. 2025). Otizm ile psikotropalar arasındaki bağlantı ise daha karmaşıktır ve ilaç kullanımından daha çok annenin depresyonu, genetik ve çevresel etkenlerle bağlantılı olduğu kabul görmektedir (Heuvelmen ve ark. 2023, Lee ve ark. 2024).

Sentetik allopregnanolon türevleri olan breksanolon (intravenöz uygulama) ve zuranolon (ağızdan uygulama) doğum sonrası depresyon tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Oliveira ve ark. 2024). Günümüze kadar yeterli veri olmadığı için tedavi kılavuzlarında yer almamaktadır.

Diğer tedaviler: Transkraniyal manyetik uyarım ilaç kullanmak istemeyen depresyon hastaları için hızlı ve güvenli yöntemdir ancak pek çok tedavi kılavuzunda belirtildiği gibi kanıt düzeyi düşüktür (COPE 2023, Miuli ve ark. 2023, Riseup-PPD 2023, Vigod ve ark. 2025). Ağır şiddetteki ve psikotik özellikler gösteren depresyonda ise EKT hızlı ve etkilidir ve günümüze kadar yayımlanmış tüm depresyon tedavi kılavuzlarında yer almaktadır (NICE 2020, ACOG 2023, COPE 2023, Vigod ve ark. 2025).

Tablo 5. Gebelik ve emzirme döneminde antidepresanların yarar ve zararları (Desaunay ve ark. 2023, Eleftheriou ve ark. 2024, Fabiano ve ark. 2025, Vigod ve ark. 2025)

	Yararları	Zararları
Gebelikte antidepresan ilaç kullanımı	Gebelik sırasında AD kullanımına devam edenlerde relaps sıklığı düşük Doğumsal anomali görülme olasılığı ilaç kullanmayanlarla aynı Uzun izlem çalışmalarında nörogelişimsel açıdan sorun gözlenmemiş	Eldeki verilerle kesin risk yok demek mümkün değil. Gebelik komplikasyonları: spontan abortus, postpartum hemoraji Konjenital malformasyonlar: Özellikle ilk trimesterde paroksetine maruz kalanlarda kardiyak malformasyon Fetal büyüme: Çok belirgin olmasa da gebelik süresini 1 hafta azaltır. Doğum kilosunda da 100 gramdan daha az düşüklük gözlenmiştir. Neonatal komplikasyonlar: 3. trimesterde SSGİ veya SNRİ maruz kalanlarda çok nadir olarak gözlenmiştir. Doğum sonrası geri çekilme veya serotoninerezik sendrom
Emzirme döneminde ilaç kullanımı	Gebelikteki ilaç maruziyetine göre anne sütü ile bebeğin ilaca maruz kalma olasılığı daha düşük Depresyon tedavi olacağı için anne-bebek bağlanması sorunsuz olacak Anne sütü/Plazma düzeyi %1'den düşük ise güvenilir (Ör. Sertralin, Fluoksetin, Paroksetin, Duloksetin)	Prematür bebeklerde yan etki görülme olasılığı daha yüksek İrritabilite veya sedasyon, kolik bebek riski Fluoksetin ile olgu bildirimleri Paroksetin ve sertralin ile huzursuzluk Venlafaksin ile hipotoni RID (relatif infant doz) %10'dan yüksek ise önerilmez ya da yan etkiler açısından yakından gözlenmelidir.

Sonuç olarak tedavi önerilerini değerlendirirken eldeki verilerin kısıtlı olduğu göz önüne alınarak her olgu değerlendirmesinde güncel bilgiler gözden geçirilmelidir.

Mültecilerde depresyon

Zorunlu göç, bireyleri travmatik deneyimlere maruz bırakıp ruh sağlığı üzerinde ciddi etkiler yaratmaktadır. Mültecilerde depresyon; kaygı bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu ile birlikte en sık gözlenen psikiyatrik tablolardan biridir (Bedaso ve Duko 2022). Yapılan meta-analizler, mülteci ve sığınmacılarda depresyonun toplum örneklerine kıyasla belirgin biçimde daha yüksek olduğunu ve küresel ölçekte prevalansın yaklaşık %30'a ulaştığını göstermektedir (Bedaso ve Duko 2022).

Depresyonun ortaya çıkışında hem göç öncesi travmatik yaşantılar hem de göç sonrası sosyal zorluklar rol oynamaktadır. İşsizlik, ayrımcılık, sosyal izolasyon ve belirsizlik, depresyon riskini artıran temel etmenlerdir (Strupf ve ark. 2023). Bunun yanında, yaş, cinsiyet ve sosyal destek düzeyi de klinik tabloyu belirleyen önemli faktörlerdir. Örneğin, kadın mültecilerde ve sosyal destekten yoksun bireylerde depresyon oranları daha yüksektir (Bedaso ve Duko 2022). Ayrıca genç yaş grubundaki mültecilerde işsizlik ve eğitimden kopuş depresyon riskini artırırken, yaşlı mültecilerde ise fiziksel hastalıklar ve yalnızlık depresif belirtileri şiddetlendiren başlıca faktörler olarak öne çıkmaktadır (Kuittinen ve ark. 2017, Hodes 2023).

Mülteci topluluklarında depresyon tedavisine yönelik çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Çok merkezli randomize kontrollü çalışmalar, basamaklı bakım modellerinin ve grup temelli psikoterapilerin depresif belirtileri azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (Böge ve ark. 2022). Özellikle sosyal izolasyonu azaltan grup terapileri, mültecilerin hem ruhsal iyilik halini hem de toplumsal uyumlarını desteklemektedir (Strupf ve

ark. 2023). Bunun yanı sıra, Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen düşük yoğunluklu psikolojik müdahaleler, özellikle sorun yönetimi ve destek programı (Problem Management Plus, PM+), kaynakların kısıtlı olduğu bağlamlarda uygulanabilir ve etkili bir seçenek olarak öne çıkmaktadır (DSÖ 2016). Ayrıca, sistematik derlemeler, kültürel olarak uyarlanmış bilişsel davranışçı terapilerin mültecilerde depresyon semptomlarını anlamlı biçimde azalttığını ortaya koymaktadır (Uhr ve ark. 2025).

Özetle, mültecilerde depresyon yaygın, çok boyutlu ve kültürel olarak şekillenen bir sorundur. Ruh sağlığı hizmetlerinde kültürel uyarlamaların yapılması, erişilebilir psikososyal müdahalelerin artırılması ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, bu kırılgan grupta depresyonun olumsuz sonuçlarını azaltmada öncelikli bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

DEPRESYONDA EŞ TANILI DURUMLARIN TEDAVİSİ

Depresyon ve anksiyete bozuklukları eş tanısı

Depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanısı; intihar riski, tedavi uyumu, yanıt süresi ve etkinliği gibi birçok klinik parametre üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (van Bronswijk ve ark. 2018).

Aşağıdaki Tablo 7 müdahaleleri öneri sırasına göre sınıflandırarak, klinisyenlere bireyselleştirilmiş ve basamaklı bir yaklaşım geliştirmede rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Öneri sıraları yalnızca kanıt düzeyine değil, aynı zamanda tedavinin klinik uygulanabilirliği, genellenebilirliği, güvenlik profili ve Türkiye'deki ruhsat durumu gibi ölçütlere dayalı olarak belirlenmiştir. Böylece, yalnızca bilimsel düzeyde değil, yerel sağlık sistemine entegrasyon açısından da gerçekçi ve uygulanabilir bir çerçeve sunulmuştur.

Tablo 6. Uluslararası perinatal depresyon tedavi kılavuzları (2020–2025 arası yayımlanmış olan kılavuzlar)

Kılavuzlar	İçeriği	Hazırlanışı	Gebelik öncesi öneriler	Gebelik sırasında öneriler	Doğum sonrası öneriler
Canadian Network for Mood and Anxiety Disorders (CANMAT) 2024 (Vigod ve ark. 2025)	Peripartum depresyon ve anksiyete bozuklukları tanı koyma, değerlendirme, müdahale ve tedavi Babaların da ruhsal durumu ile ilgili öneriler	Kanada 15 uzmanın hazırlayıp tartışmaya açarak geliştirdiği tedavi kılavuzu	Gebelik planlanmalı	Psikoterapi: BDT, davranışsal aktivasyon, KİP ve mindfulness temelli terapiler (1. basamak öneri ve kanıt düzeyi yüksek) Orta ve şiddetli depresyonda ise farmakoterapi önerilir. İlk tercih olarak sertralin, sitalopram ve essitalopram Psikotik bulgulu ve özkiyım riski yüksek durumda EKT (ilk trimesterden itibaren güvenilir). TMU yeterli araştırma olmadığı için öneriler arasında yer almamaktadır. Kanıt düzeyi düşük olmasına rağmen yoga depresyonu önlemek için önerilir.	Gebelik sırasında kullanılan ilaca doğum sonrası da devam edilmeli. İlk tercih ilaç sertralin (kanıt düzeyi daha yüksek), essitalopram, sitalopram Psikotik bulgulu veya özkiyım riski olan durumlarda EKT. EKT emzirmeye engel değildir. Yineleyici TMU antidepresan ilaçlara ek olarak (kanıt düzeyi düşük)
French Society for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and French speaking Marce Society guidelines 2024 (Belzeaux ve ark. 2024)	Gebelik öncesi, gebelik, doğum sonrası	Fransa 61 psikiyatrist uzman görüşü	Akut ve idame tedavide teratojenik olmayan ilaç seçimi Hasta ve partnerine doğum kontrol yöntemi ve ilaçlar hakkında bilgi verme Reçete öncesi gebelik testi	Özkiyım riski ve madde kullanımı değerlendirilmeli Teratojenik riski en düşük olan ilaç tercih edilmeli Planlanmamış gebelikte kullanılan ilaç hemen kesilmemeli EKT: Katatonik belirtili ya da tedaviye dirençli depresyon durumlarında ilk tercih	Hale'nin emzirme risk kategorilerine göre ilaç seçimi İlaçlar içinde ilk seçenek L1 ve L2 kategorisindeki ilaçlar olmalı İlaçların anne sütüne geçişi ile ilgili anne ve baba bilgilendirilmeli
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Clinical Practice Guideline 2023	Perinatal dönemde depresyon, anksiyete bozuklukları ve bipolar bozukluğun taranması, değerlendirilmesi, idare edilmesi ve tedavisi	ABD The American College of Obstetricians and Gynaecologist Klinik Uygulamalar Kılavuz hazırlama komitesi ve komite dışı iki konusunda uzman kişi		Genel kurallar: en düşük ilaç dozu, çoğul ilaç kullanımından kaçınma ve ilaç değiştirme konusunda temkinli olma. Tedavi edilmez ise olası olumsuzlukları değerlendirme. Hafif ve orta şiddetteki depresyon durumunda ilk tercih psikoterapi olmalı Farmakoterapi olarak daha önce yanıt alınmış olan SSGİ (ilk kez kullanacak ise sertralin ve essitalopram)	Emzirme ile ilgili anne cesaretlendirilmeli. İlaç başlanacağı zaman anne sütüne geçme oranı dikkate alınmalı. Hafif ve orta şiddetteki depresyon durumunda ilk tercih psikoterapi olmalı İlacı RID'e göre seçilmeli Brexanolon gebeliğin son trimesteri ve doğum sonrası kullanılabilir.
Centre of Perinatal Excellence (COPE) 2023 Mental health care in perinatal period Australian Clinical Practice Guideline	Depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, borderline kişilik bozukluğu olan kadınların gebelik planlanması, gebelik sırasında hastalık değerlendirmesi, tedavileri	Avustralya Kanıt ve uzman uzlaşısına göre öneriler sıralanmıştır.	Gebelik öncesi depresyon ve anksiyete taraması Gebelik öncesi ruhsal hastalığın yönetiminin tartışılması	Gebelik sırasında depresyon ve anksiyete taraması Psikoeğitim Psikoterapi: BDT ve KİP ilk tercih. Omega-3 yararı yok Daha önce yanıt alınan SSGİ seçilmeli Benzodiyazepin kullanımı: kısa yarı ömürlü Hipnotik olarak: Doksilamin	Doğumdan sonra 6–12 haftalarda depresyon ve anksiyete taraması Anne-bebek bağlanması sorunlarını fark edebilmeli ve anneye öneriler sunulmalı İntihar riski değerlendirilmeli BDT ve KİP ilk tercih. Antidepresan olarak SSGİ ilk tercih. EKT: Antidepresan tedaviye yanıt vermeyenler, psikotik bulgulu ve özkiyım riski yüksek olanlar

Tablo 6 devamı. Uluslararası perinatal depresyon tedavi kılavuzları (2020–2025 arası yayımlanmış olan kılavuzlar)

Kılavuzlar	İçeriği	Hazırlanışı	Gebelik öncesi öneriler	Gebelik sırasında öneriler	Doğum sonrası öneriler
NHS Scotland Perinatal Health Conditions (SIGN) 2023	Ruhsal hastalığı olan kadın hastaların üreme dönemleri, gebelik ve doğum sonrası bakımları ve tedavileri Depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, borderline kişilik bozukluğu olanların tedavisi	İskoçya Perinatal and Infant Mental Health Programme Board	Aktif doğum kontrol yöntemlerinin eğitimi Gebeliğin ve emzirmenin planlanması	Gebelik sırasında depresyon ve anksiyete bozuklukları taraması yapılmalı Doğum travması, borderline kişilik bozukluğu, özkıyım riski, psikososyal etkenler değerlendirilmeli Klinisyenlerin ilaç yan etkileri ile kendilerini güncellemeli Aile hekimleri ile yakın işbirliği İlaç seçiminde en az riskli, en düşük doz, monoterapi İlaça maruz kalan bebeklerin doğumlarının yakın takibi	İlaç seçiminde bebeğin gelişimi ve gebelik süresi göz önüne alınmalı EKT: ağır, özkıyım riski yüksek hastalarda
PanEuropean Network in Peripartum Depressiyon Disorder (RISEUP-PPD) 2023	Peripartum depresyon değerlendirme, önleme, tedavi Nörofizyolojik ve görüntüleme çalışmaları	Avrupa Birliği projesi Tüm Avrupa Birliği ülkelerinden konusunda uzman hekimler 6 çalışma grubu	Risk grubunda depresyonu önleme	BDT ilk ve kanıt düzeyi en yüksek tercih Kanıt düzeyi düşük olsa da seçilmiş hastalarda antidepresan ilaçlar Ağır ve yineleyici depresyon hastalarında antidepresan ilacı kesmemeli Monoterapi ve düşük doz AD Kanıt düzeyi düşük olduğu için TMU önerisi zayıf tercih İlaç alan anne adaylarını yakından ve ayrıntılı izlemeli Depresyon şiddetli ve yaşam tehlikesi varsa ilk tercih EKT Parlak ışık tedavisi ile ilgili kanıt olmadığı için önerilmez	BDT ilk ve kanıt düzeyi en yüksek tercih Gerektiği zaman yakın gözlem ile antidepresan ilaç kullanımı Kanıt düzeyi düşük olduğu için TMU önerisi zayıf Hayati tehlike durumunda EKT ilk tercih Parlak ışık tedavisi ile ilgili kanıt olmadığı için önerilmez
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2020	Gebelik öncesi Gebelik Doğum sonrası Ruhsal hastalıklar takibi ve tedavisi Ruhsal hastalık idaresi konusunda uzman eğitimi	İngiltere National Collaborating Centre for Mental Health adlı bir grup tarafından hazırlanmıştır.	Ruhsal hastalığı olan tüm kadınlara doğum kontrol yöntemleri öğretilmeli	İlaç kullanımının güvenliği ile ilgili veriler yetersiz ve az Psikoterapi: BDT	Psikoterapi: BDT (ilk tercih) Emzirme döneminde ilaç güvenliği ile ilgili veriler kısıtlı

BDT: bilişsel davranışçı terapi; EKT: elektrokonvülsif terapi; KİP: kişiler arası ilişki terapisi; RID: relatif infant doz; SSGI: seçici serotonin geri alım inhibitörleri; TMU: transkraniyal manyetik uyarı.

Örneğin:

- **Ketiapin (güçlendirme):** Plasebo kontrollü randomize kontrollü çalışma (RKÇ) ile desteklenmekte (kanıt düzeyi [KD]=1), ancak sedatif/metabolik yan etkiler ve sınırlı klinik uygulanabilirlik nedeniyle öneri sırası 2 olarak belirlenmiştir.
- **Pregabalin (güçlendirme):** Yüksek kaliteli bir RKÇ ile desteklenmiş (KD=1), ancak yalnızca SSRI tedavisine yanıt-sız olgulara ve güçlendirici yaklaşıma odaklanması nedeniyle genellenilebilirliği sınırlı bulunmuş; bu nedenle öneri sırası 2 olarak değerlendirilmiştir.
- **Breksiprazol:** Faz 3 RKÇ verilerine dayandığı için KD=1 olarak değerlendirilmiş, ancak eş tanıli anksiyete bozukluğu

tanısı olan bireyler çalışmalara dâhil edilmediğinden öneri sırası 2'dir.

- **Kariprazin:** Kanıt düzeyi 1 olsa da çalışmaya yalnızca yüksek anksiyete semptomları olan bireyler dâhil edilmiş; eş tanıli anksiyete bozukluğu yer almaması nedeniyle öneri sırası 2 olarak belirlenmiştir.
- **Tandospiron:** Etkinliği RKÇ ile gösterilmiş (KD=2) olmasına rağmen, Türkiye'de ruhsatlı olmaması ve erişilememesi nedeniyle öneri sırası 3 olarak belirlenmiştir.
- **EKT ve tDCS:** Eş tanıli anksiyetesi olan olgularda doğrudan RKÇ verisi bulunmamaktadır. Bu nedenle KD=3, öneri sırası

3 olarak belirlenmiş; yalnızca dirençli ve bireyselleştirilmiş müdahale durumlarında destekleyici olarak önerilmektedir.

Sonuç ve öneriler

Literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular, SSRI/ SNRI grubu antidepresanlar ve BDT'nin, hem depresyon ve hem de anksiyete belirtilerini hedef alabilen etkili müdahale seçenekleri olarak öne çıktığını göstermektedir.

Öte yandan, depresyon tanılı bireylerle yürütülen birçok çalışmada anksiyete belirtileri ya hiç değerlendirilmemiş ya da yalnızca alt grup analizleri düzeyinde ele alınmıştır. Bazı çalışmalarda ise yalnızca anksiyete belirtileri gösteren hastalar dâhil edilmiştir. Bu durum, tanı düzeyinde eş tanılı depresyon ve anksiyete bozukluklarını birlikte ele alan çalışma sayısını sınırlamakta; dolayısıyla bu özel gruba özgü tedavi etkilerinin açık biçimde ortaya konmasını güçleştirmektedir.

Alkol-madde kullanım bozukluğu eş tanısı durumlarında depresyon tedavisi

Depresyon ve alkol veya diğer madde kullanım bozukluklarının bir arada görülmesi klinikte yaygın olup, her iki bozukluğun birbirini olumsuz etkilediği iyi bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda majör depresif bozukluğu olan bireylerin %18–31'inde yaşamlarının bir döneminde eş zamanlı bir alkol veya madde kullanım bozukluğu saptanmıştır. Madde türlerine göre değerlendirildiğinde, eş tanı prevalansı alkol kullanım bozukluğu için %20 (Boschloo ve ark. 2011, Carton ve ark. 2018), kokain kullanımı için %16–34 (Vergara-Moragues ve ark. 2012, Alías-Ferri ve ark. 2021), kannabis kullanım bozukluğu için %13,5–38 (Cuenca-Royo ve ark. 2013) ve tütün kullanımı için %43,2–61,2 (Jiménez-Treviño ve ark. 2019) aralığında bildirilmektedir. Depresyonla birlikte alkol ve madde kullanımı bulunduğu, depresyonun tanısı

Tablo 7. Anksiyete/anksiyete bozuklukları komorbiditesinde depresyon tedavisi

Öneri sırası	Kanıt düzeyi	Müdahale	Tolerabilite
1	1	Essitalopram	İyi
	1	Sertralin	İyi
	1	Fluoksetin	İyi
	1	Paroksetin	Orta
	1	Venlafaksin XR	Orta
	1	Aripiprazol (güçlendirme)	İyi
	1	rTMS	İyi
	1	Bilişsel Davranışçı Terapiler	İyi
		(yüz yüze, transdiagnostik, ruminasyon odaklı, internet tabanlı)	
	2	Duloksetin	Orta
2	1	Bupropion	İyi
	1	Ketiapin (güçlendirme)	Orta
	1	Pregabalin (güçlendirme)	İyi
	1	Breksiprazol (güçlendirme)	İyi
	1	Kariprazin (güçlendirme)	İyi
	2	Sitalopram	İyi
	2	Mirtazapin	İyi
	2	Vortioxetin	İyi
	2	Agomelatin	İyi
	2	Reboksetin	Orta
	2	Ketamin (monoterapi)	Orta; disosiasyon ve kardiyovasküler etkiler nedeniyle izlem gerekir
	2	Esketamin (güçlendirme)	İyi; disosiasyon ve kardiyovasküler etkiler nedeniyle izlem gerekir
	2	Benzodiazepin (monoterapi/güçlendirme)	İyi, bağımlılık riski nedeniyle dikkatli kullanılmalı
	2	Aerobik egzersiz	İyi
	3	Fluvoksamin	İyi
	3	Buspiron (güçlendirme)	İyi
	3	Farkındalık Temelli Terapiler	İyi
3	1	Lavanta yağı ekstresi (silexan)	İyi
	2	Tandospiron (SSRI ile güçlendirme)	İyi
	2	Psilosibin ve serotonerjik psikodelikler	İyi
	3	Esketamin (monoterapi)	Orta; disosiasyon ve kardiyovasküler etkiler nedeniyle izlem gerekir
	3	tDCS	İyi
	3	EKT	Orta
	3	Yoga / Nefes temelli gevşeme terapileri	İyi
	-	Papatya ekstresi (matricaria chamomilla L.)	İyi

rTMS: yineleyici Transkraniyal Manyetik Stimülasyon; tDCS: transkraniyal Direkt Akım Uyarımı; EKT: elektrokonvulsif terapi

ve seyri “*alkol ve maddeden bağımsız depresyon*” olup olmadığına dikkatle değerlendirilmesini gerektirir. Özellikle ağır düzeyde alkol ya da madde kullanımı depresif semptomlara yol açabilir ve madde kullanımına ikincil olarak gelişen depresif tablo, madde bırakıldığında kısmen veya tamamen gerileyebilir. Buna karşılık, alkol ve madde kullanım bozukluğunun depresyona eşlik ettiği olgularda hastalığın seyri belirgin olarak ağırlaşmakta; intihar davranışı riski artmakta, kronikleşme, yineleme, tedaviye direnç ve işlevsellikte belirgin kayıp daha sık görülmektedir. Ayrıca bu hasta grubunda çocukluk çağı travmalarına maruz kalma ve kaygı bozuklukları eş tanıılarının da anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir. Çoğu olguda depresyon ile alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi eş zamanlı ele alınmalıdır.

Değerlendirme ve tanı

Depresyon tedavisinde, ilk değerlendirmede hastanın alkol ve madde kullanımı mutlaka sistematik olarak sorgulanmalı, gerektiği durumlarda aile ve bakım verenden de bilgi alınmalıdır. Klinik pratikte güvenilir tarama ölçeklerinin (örn. Alkol Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi (AUDIT), CAGE testi) kullanılması ve tedavi öncesinde bazal biyokimyasal değerlerin tespiti için karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) (AST, ALT, GGT, Bilirubin), tam kan sayımı (CBC), böbrek fonksiyon testleri (BFT) ve TSH düzeyleri taranmalıdır. İzlem sıklığı, seçilen ilacın hepatotoksik potansiyeline ve hastanın stabilite durumuna göre belirlenmelidir. Özellikle hepatotoksik riski yüksek ajanlar (örn. agomelatin, duloksetin veya trisiklik antidepresanlar) kullanıldığında izlem takvimi daha sıkı tutulmalıdır. Madde kullanım öyküsü ayrıntılı alınmalı; kullandığı maddelerin türü, süresi, son kullanım zamanı ve bırakma girişimleri değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın fiziksel sağlık durumu (özellikle alkolün hepatotoksik etkilerine karşı karaciğer fonksiyonları, intravenöz madde kullanımı öyküsünde enfeksiyon hastalıkları vb.) taranmalı ve riskler belirlenmelidir. Değerlendirmenin bir parçası olarak, eş tanının yaratabileceği hukuki, sosyal ve ailevi sorunlar da (örn. işlevsellik kaybı, aile içi çatışmalar) ele alınmalı; tedavi planı bu geniş çerçevede yapılandırılmalıdır.

Farmakoterapi

Alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı varlığında depresyon farmakoterapisi planlanırken, tedavi seçimleri hem depresif belirtileri gidermeyi hem de alkol ve madde kullanımının seyrini göz önünde bulundurmayı gerektirir. SSRI'lar bu grupta güvenilirlik ve tolere edilebilirlik açısından ilk sıralarda önerilmektedir. Randomize kontrollü çalışmalar ve meta-analizler, alkol bağımlılığı olan depresyon hastalarında antidepresanların (özellikle SSRI'ların) depresyon şiddetini plaseboya göre bir miktar azalttığını ve alkolü bırakma oranını artırdığını göstermiştir (Agabio ve ark. 2018). Antidepresan seçiminde eşlik eden madde kullanımının tipi de göz önüne alınmalıdır. Örneğin, 2022 yılında yayımlanan bir derlemede,

depresyonla birlikte kokain kullanımı olan hastalarda SSRI grubunun depresif belirtileri iyileştirmede yetersiz kaldığı, bu nedenle SSRI grubu dışındaki antidepresanların (örn. TCA'lar, ikili etki mekanizmalı ajanlar) tercih edilebileceği bildirilmiştir (Torrens ve ark. 2022). Bununla birlikte TCA ve MAOI grubu antidepresanlar, yan etki yükü ve aşırı doz riskleri nedeniyle genel olarak alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısında ikinci sırada düşünülmelidir. Mirtazapin ve bupropion gibi diğer antidepresanlar da, uygun hastada, özellikle SSRI/SNRI tedavilerine yanıt alınmadığında değerlendirilebilir. Bupropion ek olarak sigara bırakma tedavisinde etkin bir ajandır; ağır nikotin bağımlılığı olan depresyon hastalarında hem depresyonu hem sigara kullanımını azaltabilir. Ancak alkol yoksunluk nöbeti riski yüksek hastalarda veya eş zamanlı uyarıcı madde kullanımı varsa bupropionun epileptik nöbet eşliğini düşürdüğü akılda tutulmalı, dikkatle kullanılmalıdır. Ayrıca eş zamanlı kannabis kullanımı olan bireylerde venlafaksin, plaseboya kıyasla daha düşük etkinlik gösterdiğini bildiren bir randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. (Levin ve ark. 2013)

Bu hasta grubunda ilaç etkileşimleri ve özel durumlar tedavi planını yönlendirebilir. Örneğin sigara içimi, karaciğerde CYP1A2 enzimini indükleyerek bazı antidepresanların metabolizmasını hızlandırır. Sigara kullanan depresyon hastalarında duloksetin ve mirtazapin gibi CYP1A2 ile metabolize olan ilaçların serum düzeyleri içmeyenlere kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Fric ve ark. 2008). Dolayısıyla bu hastalarda ilacın etkisi azalabileceğinden doz ayarlaması gerekebilir. Hepatotoksisite riski de göz önünde bulundurulmalıdır: Özellikle aktif alkol kullanımında karaciğer hasarı olan hastalarda duloksetin, agomelatin, nefazodon gibi ajanlar tercih edilmemeli veya sık karaciğer fonksiyon testleri takibi ile kullanılmalıdır. Yine alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda benzodiyazepinler kullanılırken çok dikkatli olunmalı, merkezi sinir sistemi depresyonu ve solunum baskılanması riski artacağından, kısa süreli ve düşük doz kullanım dışında benzodiyazepinlerden kaçınılmalıdır. Alkol kullanım bozukluğu için *naltrekson* (oral veya depot form) ve *akamprosot*, nüksü önlemede birinci basamak ajanlardır; her ikisinin de depresyonla eş tanılı hastalarda güvenle kullanılabileceği ve alkolü bırakma oranlarını artırarak dolaylı olarak ruhsal iyilik halini destekleyecekleri öngörülmüştür. Son dönemdeki kanıtlar naltrekson ve akamprosotun, sertralin ve essitalopram gibi SSRI'ların yanı sıra ketamin ile de birlikte güvenle kullanılabileceğini göstermektedir (Pettinati ve ark. 2010, Witte ve ark. 2012, Yoon ve ark. 2025).

İzlem ve güvenlik önerileri

İzlem sıklığı, seçilen ilacın hepatotoksik potansiyeline ve hastanın stabilite durumuna göre belirlenmelidir. Özellikle hepatotoksik riski yüksek ajanlar (örn. agomelatin, duloksetin veya trisiklik antidepresanlar) kullanıldığında izlem takvimi daha sıkı tutulmalıdır. İzlem sırasında karaciğer enzimlerinde

(özellikle AST/ALT) üst sınırın 3–5 katını aşan bir artış saptandığında, hepatotoksik potansiyeli olan ilaçlar derhal kesilmeli veya doz azaltılarak haftalık takibe geçilmelidir (SAMHSA 2015, NCBI 2024). Aktif siroz veya kronik karaciğer hastalığı olan olgularda, idame dozlarının %50 oranında azaltılması ve minimal hepatik metabolizmaya sahip (örn. essitalopram) veya renal yolla atılan ajanların tercih edilmesi önerilir (Menon ve ark. 2022).

Psikososyal müdahaleler, psikoterapiler ve izlem

Depresyon ve alkol veya diğer madde kullanım bozukluğu eş tanısında etkin bir tedavi için psikoeğitim ve psikososyal müdahaleler esastır. Bu hasta grubunda farmakolojik tedavinin yanı sıra mutlaka psikososyal bir girişim uygulanması önerilmektedir. Özellikle BDT ve motivasyonel görüşmeler hem depresif belirtilerin iyileştirilmesi hem de madde kullanımının azaltılması amacıyla uygulanabilir (Grant ve ark. 2021). Tedaviye uyum ve madde kullanımının seyri yakından takip edilmelidir. Madde kullanımı açısından *nüks belirti ve tetikleyicileri* (örn. sosyal çevre, stres faktörleri) her kontrolde değerlendirilmelidir. İntihar riski özellikle erken tedavi döneminde ve madde bırakma aşamasında yükseldiği için her görüşmede sorgulanmalıdır. Sigara içen hastalarda sigara kullanım miktarındaki değişimler, antidepresan tedavi üzerindeki farmakokinetik etkileri nedeniyle (CYP1A2 endüksiyonunun azalması/artması) dikkate alınmalıdır.

Tıbbi hastalıklarda depresyona yaklaşım

Depresyonun, özellikle kardiyovasküler, nörolojik, pulmoner ve gastrointestinal hastalıklarla birlikte görülme sıklığı genel popülasyona kıyasla anlamlı biçimde yüksektir. Kapsamlı bir sistematik derlemenin (27 farklı fiziksel hastalık grubunu kapsayan 52 meta-analiz incelenmiş) bulguları antidepresanların eş tanılı depresyon tedavisinde küçük ile orta düzeyde etkili, en yüksek tedavi etkisinin miyokard enfarktüsü, fonksiyonel göğüs ağrısı ve koroner arter hastalıklarında olduğuna, kronik bel ağrısı ve travmatik beyin hasarında etkinin sınırlı kaldığına ve tolere edilebilirliğin

plasebodan düşük olduğuna işaret etmektedir (Köhler-Forsberg ve ark. 2023). Bu bulgular tedavi seçiminde hem ilaca özgü risk-fayda dengesinin hem de bireyselleştirilmiş yaklaşımın esas olduğunu göstermektedir.

Koroner arter hastalığı

Depresyon tedavisi, kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde kısa vadede depresif ve anksiyöz belirtileri azaltmakta ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir. SSRI'lar özellikle akut koroner sendrom sonrası miyokard enfarktüsü riskini azaltmakta, ancak genel mortalite ve diğer kardiyak sonuçlar üzerinde belirgin etkiler göstermemektedir. Psikolojik müdahaleler ise kısa süreli fayda sağlasa da uzun vadede kalıcı kardiyak yarar göstermemektedir ve en etkili terapi yöntemi hâlâ netleşmemiştir.

Hipertansiyon

SSRI'ların genel olarak kan basıncı üzerinde anlamlı bir etkisi olmamakla birlikte, yalnızca hipertansiyon hastalarında diastolik basıncı düşürdüğü gösterilmiştir. SSRI'lar ve plaseboya kıyasla SNRI'lar daha belirgin kan basıncı artışıyla ilişkilendirilmiştir. Psikolojik müdahaleler (özellikle BDT) ve algoritma destekli entegre yaklaşımlar, depresyonun yanı sıra kan basıncı ve kardiyometabolik parametrelerde anlamlı iyileşmeler sağlamış, özellikle hipertansiyonu olan bireylerde daha etkili bulunmuştur. Kombine tedaviler, özellikle genç hastalarda antihipertansif etkinlik açısından üstünlük sağlamıştır.

Kalp yetmezliği

SSRI'lar genel olarak güvenli görünmekle birlikte, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri tutarsız ve sınırlı kalmıştır. Kalp yetmezliği olan depresif hastalarda BDT, özellikle egzersizle birlikte uygulandığında, depresyon belirtilerini ve yaşam kalitesini iyileştirmekte, bazı çalışmalarda hastaneye yatışı azaltmaktadır ancak kanıtların heterojenliği ve yöntemsel sınırlılıklar nedeniyle sonuçlar temkinli yorumlanmalıdır.

Tablo 8. Alkol kullanım bozukluğu ve depresyon eş tanısında önerilen izlem takvimi (NCBI 2024, SAMHSA 2015)

Tedavi fazı	Önerilen testler	İzlem sıklığı ve kriterler
Bazal (başlangıç)	KCFT (AST, ALT, GGT, Bilirubin), CBC, BFT, TSH	Tedaviye başlamadan önce (0. Gün)
Erken tedavi / aktif içicilik	KCFT (AST, ALT, GGT)	İlk 2 ay boyunca her 2–4 haftada bir
Yüksek riskli ilaç izlemi	Agomelatin, Duloksetin veya hepatik yükü yüksek ajanlar	6, 12 ve 24. haftalarda (Dodd ve ark. 2011)
Stabilizasyon fazı	KCFT ve Metabolik Panel	Her 3–6 ayda bir
Doz artışı / nüks	KCFT	Klinik endikasyon halinde veya doz artışlarında
Alkol kullanım bozukluğu eş zamanlı kullanımı varsa	KCFT	Tedaviye başlamadan önce (0. Gün), başlangıç sonrası 1. ay ve daha sonra her 3 ayda bir. Disülfiram için 2. hafta, ardından ilk 3 ay aylık izlem. Akomprosot kullananlarda böbrek fonksiyonları takip edilmelidir. (Mason ve Heyser 2010, Winslow ve ark. 2016)

NCBI ve SAMSHA kaynaklarda geçiyor, kaynak kısaltması; CBC: Tam Kan Sayımı; BFT: Böbrek Fonksiyon Testleri; TSH: Tiroid Stimulan hormon; KCFT: Karaciğer Fonksiyon Testleri

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA)

Sertralin bazı olumlu sonuçlar gösterse de, SSRI ve TCA'lara dair veriler sınırlı, heterojen ve düşük kalitelidir. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında BDT ve bazı psikolojik müdahaleler, depresyon ve anksiyete belirtilerinde anlamlı iyileşmeler sağlamıştır. Tele-sağlık uygulamaları depresyon üzerinde etkisiz bulunmuş, ancak anksiyete düzeylerinde hafif düzeyde azalma sağlamıştır.

Karaciğer Yetmezliği

Antiviral tedavi sırasında SSRI kullanımı, interferon kaynaklı majör depresyon riskini azaltmış ve depresif semptomlarda iyileşme sağlamış, ancak bazı çalışmalarda sitalopramın profilaktik etkisi sınırlı bulunmuştur. SSRI'lar genel olarak iyi tolere edilse de, tedavi uyumu ve depresyon gelişimi açısından plaseboya üstünlükleri net değildir. Siroz hastalarında sosyal hizmet müdahaleleri klinik sonuçları iyileştirme potansiyeli taşımakta, ancak müdahale içeriğine dair bilgi eksikliği karşılaştırmaları zorlaştırmaktadır.

Tablo 9. Tıbbi hastalığı olanlarda depresyon tedavisi

Çalışma ve kapsamı	Çalışma türü Dâhil edilen çalışma sayısı Örneklem büyüklüğü	Sonuçlar
Koroner arter hastalığı		
Fernandes ve ark. 2021	Meta-analiz 8 RKÇ n=1,148	Akut koroner sendrom sonrası depresyonda SSRI kullanımı, tekrarlayan MI riskini belirgin azaltmakta ancak genel kardiyak mortalite ve diğer klinik sonuçları anlamlı düzeyde etkilememekte.
Akosile ve ark. 2023	Sistematik derleme 19 RKÇ	KAH'lı hastalarda BDT, IPT ve SSRI gibi tedaviler depresif belirtileri kısa vadede azaltmakta ancak kardiyovasküler sonuçları anlamlı düzeyde etkilememekte.
Hipertansiyon		
Wang ve ark. 2022	Meta-analiz 27 RKÇ n=2,606	Kombine tedavi*, standart antihipertansif tedaviye kıyasla kan basıncında daha belirgin düşüş ve özellikle 65 yaş altı hastalarda daha fazla iyileşme ile ilişkili.
Zhang ve ark. 2023	Meta-analiz 6 çalışma n=149	SSRI tedavisi genel olarak kan basıncı üzerinde anlamlı bir etki göstermemekte, ancak HT'si olan hastalarda diastolik basınçta belirgin bir düşüş sağlamakta.
Kalp yetmezliği		
Das ve ark. 2019	Meta-analiz 21 RKÇ n=4563	Egzersiz ve BDT depresyon belirtilerini anlamlı biçimde azaltmakta, antidepresanların etkisi ise anlamlı değil.
Ishak ve ark. 2020	Sistematik derleme 27 çalışma	SSRI'lar (paroksetin hariç) plaseboya üstün değil. Antidepresan içeren iş birliğine dayalı bakım ve BDT uygulamaları depresif belirtilerde anlamlı iyileşme sağlamakta.
Chernoff ve ark. 2022	Meta-analiz 15 RKÇ n=1370	BDT ve stres yönetimi müdahaleleri depresyon ve anksiyeteyi azaltmakta, BDT müdahale süresi uzadıkça tedavi başarısı artmakta.
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı		
Pollok ve ark. 2018	Sistematik derleme 4 RKÇ n=201	Yalnızca küçük bir çalışmada nortriptilinin depresyonu azalttığı gösterilmiş. SSRI kullanımında ise yaşam kalitesi değişmemekte ancak egzersiz toleransı artmakta.
Zhang ve ark. 2020	Meta-analiz 10 RKÇ n=1278	KOA hastalarında BDT depresyon ve anksiyeteyi azaltmakta. Kısa süreli müdahaleler depresyona, uzun süreli müdahaleler ise anksiyeteye daha etkili.
Zhang ve ark. 2025	Meta-analiz 7 RKÇ n=1174	Tele-sağlık temelli uzaktan izleme müdahaleleri depresyon üzerinde etkisiz, ancak anksiyetede küçük fakat anlamlı bir azalma sağlamakta.
Karaciğer yetmezliği		
Udina ve ark. 2014	Meta-analiz 7 RKÇ n=591	Kronik hepatit C hastalarında antiviral tedaviyle birlikte SSRI kullanımı, interferon ilişkili depresyonu azaltmakta , ancak virolojik yanıtı etkilememekte.
Ufere ve ark. 2022	Sistematik derleme 6 çalışma	Siroz hastalarında sosyal hizmet temelli müdahaleler, özellikle alkole bağlı karaciğer hastalığı ve nakil sürecinde yararlı ancak müdahale tanımlarının yetersizliği nedeniyle sonuçlar sınırlı.
İnflamatuvar bağırsak hastalıkları		
Liang ve ark. 2022	RKÇ n=45	İBH'li hastalarda venlafaksin, altı ay sonunda yaşam kalitesi ve hastalık şiddetinde anlamlı iyileşme sağlamakta; enflamasyon belirteçlerini azaltmakta. Ancak endoskopik, biyokimyasal ve nüks göstergeleri üzerine etkili değil.
Weston ve ark. 2024	Meta-analiz 11 çalışma dâhil edilmiş 3'ü RKÇ n=327	İBH'li hastalarda antidepresanlar -özellikle SNRI'lar- depresyon ve anksiyete semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini anlamlı düzeyde iyileştirmekte.

Tablo 9 devamı. Tıbbi hastalığı olanlarda depresyon tedavisi

Çalışma ve kapsamı	Çalışma türü Dâhil edilen çalışma sayısı Örneklem büyüklüğü	Sonuçlar
Fibromiyalji		
Bidari ve ark. 2019	RKÇ n=66 kadın hasta	Duloksetin ve pregabalin tedavileri depresyonu benzer düzeyde azaltmakta. Ağrı kontrolünde duloksetin daha etkili ancak yan etkilere bağlı tedavi bırakma oranı daha yüksek.
Vilarino ve ark. 2024	RKÇ n=69 (38 hasta, 31 sağlıklı kontrol)	Fibromiyalji hastalarında 8 haftalık direnç egzersizi depresyonu azaltmıyor. Ancak, 4. haftada düşük yoğunluklu antrenman depresif belirtilerde düzelme sağlıyor.
Cojaccaru ve ark. 2024	Meta-analiz 17 RKÇ n=1499	BDT ve ACT fibromiyalji hastalarında depresyon ve anksiyete semptomlarını anlamlı düzeyde azaltmakta.
Kronik böbrek yetmezliği		
Palmer ve ark. 2016	Meta-analiz 4 RKÇ n=170 diyaliz hastası	Fluoksetin, sertralin, sitalopram ve essitalopram gibi antidepresanların diyaliz hastalarında depresyonu azaltmada etkileri sınırlı, bulantı daha fazla izleniyor. Ancak diğer yan etkiler ve tedavi bırakma oranları açısından sonuçlar plaseboya benzer.
Ling ve ark. 2020	Meta-analiz n=479	Hemodiyaliz hastalarında BDT, depresif semptomları standart bakım ve danışmanlığa göre daha etkili biçimde azaltmakta, ancak sertraline kıyasla daha az etkili.
Yang ve ark. 2024	Meta-analiz 19 RKÇ	KBY hastalarında, psikososyal müdahalelerin depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi genel olarak sınırlı, ancak HADS ve Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi puanlarında anlamlı iyileşme gözlenmiş, diğer ölçeklerde ise fark saptanmamış.
Kanser		
Li ve ark. 2017	Meta-analiz çalışma n=21	İşbirlikçi bakım depresyon tedavisinde standart bakımdan daha etkili ve etki 12. ayda da korunmakta, farmakolojik ve psikolojik müdahaleler ise yalnızca kısa vadeli yarar sağlamakta.
Serfaty ve ark. 2020	RKÇ n=230	İleri evre kanser hastalarında BDT'nin etkinliği sınırlı ve belirli alt gruplar ile alternatif müdahalelerle daha fazla araştırmaya ihtiyaç var.
Vita ve ark. 2023	Meta-analiz 14 RKÇ n=1364	Antidepresanlar akut dönemde depresyonu plaseboya göre azaltmakta, ilaç sınıfları arasında belirgin fark yok.
Serebrovasküler olay		
Wang ve ark. 2018	Meta-analiz 23 RKÇ n=1973	Çalışmaların çoğu düşük kaliteli olmakla birlikte BDT, PSD'de depresif semptomları azaltmakta etkili. Hem tek başına hem de antidepresanlarla birlikte uygulanan BDT, remisyon ve tedaviye yanıt oranlarını artırmakta.
Niu ve ark. 2022	RKÇ n=104	ACT, inme sonrası hastalarda depresyon belirtilerini anlamlı biçimde azaltmakta ve bu fark 3. ay sonunda korunmakta.
Yan ve Hu 2024	RKÇ n=60 30 kişi sertralin 30 kişi essitalopram almış	Sekiz haftalık tedavi sonunda hem sertralin hem essitalopram PSD'de anlamlı azalma sağlamakta. Essitalopram, sertraline üstün. Her iki tedavi benzer biçimde tolere edilmekte.
Parkinson, Huntington ve diğer hareket bozuklukları		
Mills ve ark. 2018	Meta-analiz 20 RKÇ n=1893	PH'de izlenen depresyonun tedavisinde MAO-B inhibitörleri, SSRI'lar ve trisiklik antidepresanlar etkili. En yüksek etkinlik MAO-B inhibitörleriyle
Dobkin ve ark. 2020	RKÇ n=72	Telefon temelli BDT, Parkinson hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini standart bakıma göre anlamlı biçimde iyileştirmekte ve bu etkiler 6 aya kadar korunmakta
Zadegan ve ark. 2024	Sistemik derleme 41 çalışma değerlendirmeye alınmış	Huntington hastalığında depresyon tedavisine ilişkin kanıtlar sınırlı ve çoğunlukla olgu sunumlarına dayalı, mevcut veriler tedavi etkinliğini değerlendirmek için yetersiz.
Zhang ve ark. 2024	Meta-analiz n=673 olgu 51 çalışma	Tourette Sendromunda izlenen depresyonda, DBS tik semptomlarında anlamlı iyileşme sağlamakta ve eşlik eden obsesif-kompulsif belirtiler, depresyon ve anksiyete üzerinde de olumlu etkiler göstermekte.
Sugar ve Richardson, 2025	Sistemik derleme 89 çalışma	Distonide botulinum toksini enjeksiyonları depresyon belirtilerini tutarlı şekilde iyileştirmekte.

ACT: acceptance and commitment therapy (kabul ve kararlılık terapisi); BDT: bilişsel davranışçı terapi; DBS: derin beyin stimülasyonu; HADS: hastane anksiyete ve depresyon ölçeği; HT: hipertansiyon; HDÖ: Hamilton depresyon ölçeği; IBH: enflamatuvar bağırsak hastalığı; IPT: interpersonal therapy (kişilerarası ilişkiler psikoterapisi); KAH: koroner arter hastalığı; KBY: kronik böbrek yetmezliği; KC yetmezliği: karaciğer yetmezliği; KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı; KY: kalp yetmezliği; MAO-B inhibitörleri: tip B-selektif monoamin oksidaz inhibitörleri; MI: miyokard infarktüsü; n: örneklem büyüklüğü; PCT: personal construct therapy (kişisel yapı terapisi); PH: Parkinson hastalığı; PSD: post-stroke depression (inme sonrası depresyon); RKÇ: randomize kontrollü çalışma; SSRI: selektif serotonin geri alım (re-uptake) inhibitörü; SNRI: serotonin-noradrenalin geri alım (re-uptake) inhibitörü; TCA: trisiklik antidepresan.

* Kombine tedavi: antihipertansif + antidepresan/psikoterapi.

Enflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH)

İBH'li hastalarda özellikle SSRI'lar depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler sağlamış ve bazı enflamatuvar belirteçleri azaltmıştır, ancak uzun vadeli etkileri belirsizdir. Psikoterapi, hasta eğitimi ve gevşeme teknikleri de kısa vadede benzer faydalar göstermiştir, fakat bu müdahalelerin hastalık aktivitesi üzerindeki etkisine dair kanıtlar yetersiz ve heterojendir. BDT'nin de kısa süreli psikolojik iyilik hali sağladığı, ancak uzun dönem etkisinin izlenemediği görülmüştür.

Fibromiyalji

Fibromiyalji hastalarında duloksetin ve pregabalin depresyonu benzer şekilde azaltmış; ancak duloksetin daha etkili bulunurken daha fazla yan etkiyle ilişkilendirilmiştir. BDT, Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ve kişisel yapı terapisi (PCT) gibi psikoterapiler depresyon ve anksiyete semptomlarını anlamlı şekilde azaltmış; farklı yaklaşımlar arasında belirgin fark saptanmamıştır. Egzersiz müdahaleleri genel olarak depresyonu azaltmada etkili bulunmamış, ancak düşük yoğunluklu egzersiz kısa vadede daha fazla yarar sağlamıştır.

Kronik böbrek yetmezliği (KBY)

Antidepresanların (özellikle SSRI'ların) KBY'de depresyon belirtilerini azaltmada sınırlı ve düşük kaliteli kanıtlarla desteklenen etkileri bulunmaktadır, ancak yaşam kalitesi üzerindeki etkileri belirsizdir. Ayrıca bulantı gibi gastrointestinal yan etkiler daha sık görülmektedir. BDT, KBY'de depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmakta ve yaşam kalitesini artırmakta etkili bulunmuştur; bazı çalışmalarda standart bakıma üstünlük sağlasa da sertralin ile karşılaştırıldığında daha az etkili olduğu bildirilmiştir.

Kanser

Antidepresanlar akut dönemde semptomları azaltabilir; ancak ilaç sınıfları arasında anlamlı fark yoktur ve veriler düşük kesinliktedir. İşbirlikçi bakımın depresyon üzerinde uzun vadeli etkileri gösterilmişken, farmakolojik ve psikolojik müdahaleler genellikle yalnızca kısa vadeli fayda sağlamıştır. İleri evre kanser hastalarında psikoterapi müdahaleleri depresyon belirtilerini orta düzeyde azaltabilse de, yaşam kalitesi üzerindeki etkileri belirsizdir ve genel kanıt kalitesi düşüktür. CanTalk çalışması ise ileri evre kanserli bireylerde BDT'nin ek bir klinik yarar sunmadığını ortaya koymuştur.

Serebrovasküler olaylar

İnme sonrası depresyon (PSD) tedavisinde antidepresanlar depresif semptomları azaltmada plaseboya üstün bulunmuş, ancak tolere edilebilirlik açısından daha fazla yan etkiyle ilişkilendirilmiştir. BDT, özellikle antidepresanlarla birlikte uygulandığında PSD semptomlarını azaltmakta ve işlevsellikte iyileşme sağlamaktadır. Kabul ve kararlılık terapisi (ACT) ve SSRI'lar (özellikle essitalopram) depresyon belirtilerinde

anlamlı azalma sağlamıştır. Ancak, ACT'nin fonksiyonel kazanımlar üzerindeki etkisi zamanla azalmıştır.

Parkinson, Huntington ve diğer hareket bozuklukları

Parkinson hastalığında depresyon tedavisinde MAO-B inhibitörleri, SSRI'lar ve TCA'lar etkili bulunmuş; en yüksek etki MAO-B inhibitörleriyle elde edilmiştir. Telefon tabanlı BDT ve TMU uygulamaları da depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşmeler sağlamıştır. Huntington hastalığında depresyon tedavisine dair kanıtlar sınırlı ve çoğunlukla olgu sunumlarına dayanmaktadır. Derin beyin uyarımı (DBU), tik bozukluklarında hem motor hem psikiyatrik belirtileri iyileştirirken, distonide botulinum toksini depresyon üzerinde tutarlı fayda sağlamıştır; diğer tedavilerin etkileri ise daha belirsizdir.

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUK TEDAVİSİNDE PSİKOTERAPİLER VE PSİKOSOSYAL GİRİŞİMLER

Majör depresif bozukluğun tedavisinde psikoterapiler de bulunmaktadır (Malhi ve ark. 2021, Lam ve ark. 2024). Psikoterapi türleri içinde kanıt değeri en yüksek ve üzerinde görüş birliği olan BDT ve KİT'tir. Bir psikoterapi uygulanırken "herkese aynı" yöntem yerine "ekol içinde esneklik" ile gereksinimlere uygun çalışılmalıdır. (Malhi ve ark. 2021, Lam ve ark. 2024).

Majör depresif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı terapi

Depresyonun BDT'si haz veren etkinliklere katılımın ve pekiştirmenin azalmasıyla olumsuz otomatik düşüncelerin baskınlığına dayanmaktadır (McQuaid ve Thase 2017). BDT'yle danışanın özyeterliği artırılırken, olumsuz düşünce veya inançları azaltılır. Zemindeki olumsuz düşünce ve inançlar baskınlaşarak depresyonu sürdürür. Bazı modeller sosyal becerilere ve sorun çözme becerilerine, bazıları olumlu etkinlikleri artırmaya ve bilişsel belirtileri ya da kırılganlıkları geri letmeyi önceler.

Etkinlik, terapist ile danışan arasındaki iş birliğine ve geri bildirimlere bağlıdır. Ev ödevlerinin uygulanmasıyla beceriler yaşama uyarlanmalıdır (McQuaid ve Thase 2017). Belirlenen seanstan fazlası etkisizdir ve haftada birden seyrek uygulama önerilmemektedir (Cuijpers ve ark. 2013a, Lam ve ark. 2024). Haftada iki uygulama bir kereden etkilidir (Cuijpers ve ark. 2013b).

Bilişsel-davranışçı terapi, uygulamanın şekli ve danışanın özelliklerinden bağımsız olarak etkilidir (Cuijpers ve ark. 2023). Bilişsel-davranışçı terapi diğer psikoterapilerle karşılaştırıldığında etki büyüklüğü farkı kaybolmaktadır (Cuijpers ve ark. 2023). Bilişsel-davranışçı terapinin bireysel, grup ve kendine

yardım uygulamalarının tümü etkilidir (Cuijpers 2017). Tüm uygulamalar içinde grup terapileri öndedir (Cuijpers ve ark. 2023). Beck'in elkitabını kullanan terapiler daha etkilidir (Cuijpers ve ark. 2023). Yüz yüze BDT ile internet-tabanlı BDT (iBDT) etkinliği farklı bulunmamıştır (Mathiasen ve ark. 2022). Kılavuzsuz iBDT uygulaması bile etkili, ucuz ve uygulanabilir (Zhou ve ark. 2025). Bilişsel-davranışçı terapi etkinliği, terapistin özelliklerinden etkilenmemektedir (Bergvall ve ark. 2024). Etkinlik sosyodemografik veya klinik değişkenlerden (hafif, orta veya ağır şiddette; melankolik, atipik veya anksiyöz belirleyicilerle giden) etkilenmemektedir (Cuijpers 2017).

Kısa dönemdeki etkinlikte BDT ve farmakoterapi farklı bulunmamışken; 6–12 aylık sonuçlarda BDT daha etkilidir (Cuijpers ve ark. 2013b, Cuijpers ve ark. 2023). Farmakoterapiyle birlikte BDT, yalnızca BDT'den farksızken; yalnızca farmakoterapiden üstündür (Cuijpers ve ark. 2013a, Cuijpers ve ark. 2023). BDT'nin veya farmakoterapinin üzerine diğer yöntemin eklenmesinin sırası fark yaratmamıştır (Dunlop ve ark. 2019). İkisinin birlikteliğinin tolerabilitesi tek başına farmakoterapiden yüksektir (Cuijpers ve ark. 2020).

Ağır depresyonlarda farmakoterapi ile BDT eşit etkiliyse de birlikte uygulanması önerilmektedir (Cuijpers ve ark. 2013a, Cuijpers ve ark. 2020). Bilişsel-davranışçı terapi intihar girişimlerini azaltmaktadır (Götzsche ve Götzsche 2017). Cochrane Veri Tabanının gözden geçirmesine göre farmakoterapiye psikoterapi eklenmesi uzun vadede yararlıyken; farmakoterapi yerine psikoterapiye geçiş etkisizdir (Ijaz ve ark. 2018).

Kronik ve yineleyici depresyonda BDT temelinde iki terapi bulunmaktadır: kronik depresyonda Bilişsel Davranışçı Analiz Sistemli Psikoterapi (BDASP) ve yinelemelere karşı Farkındalık Temelli-BDT (FT-BDT). Olağan tedavi ve KİT ile karşılaştırıldığında BDASP, kronik depresyonda üstündür; ancak farmakoterapiden üstün değildir. Farmakoterapiye BDASP eklenmesi ise yalnızca antidepresandan etkilidir (Negt ve ark. 2016). CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Disorders) 2023 majör depresif bozukluk tedavi güncellemesi kronik depresyonda BDASP'yi önermektedir (Lam ve ark. 2024).

Yinelemelere karşı FT-BDT çalışmalarda ve gerçek yaşamda iyi sonuçlar vermektedir (Teasdale ve ark. 2000, Kuyken ve ark. 2016, Geurts ve ark. 2020). FT-BDT endeks dönemde ve tedavisi zor depresyonda da etkilidir (Goldberg ve ark. 2019, Lubbers ve ark. 2024, Barnhofer ve ark. 2025).

Özetle:

- BDT için her tür uygulamada etkilidir ve sosyodemografik veya klinik özellikler fark yaratmaz.

- BDT uzun dönemde farmakoterapiden daha etkili koruyucudur ve BDT ile farmakoterapinin birlikte uygulanması tek başına farmakoterapiden üstündür.

- Kronik depresyonda BDASP ile farmakoterapi ve yinelemelerde FT-BDT etkili olmaktadır.

Kişilerarası ilişkiler terapisi

Depresyon tedavisinde psikofarmakolojik uygulamalardan alınan olumlu yanıtların sürekliliğini sağlamak ve yinelemeleri önlemek için eklenen psikoterapötik girişimlerden yüz güldürücü sonuçlar elde edilmiştir (Ravitz ve ark. 2019). Depresyonun çoğunlukla biyopsikososyal etkenlerle ortaya çıktığı bilinmektedir, dolayısıyla tedavisinde de biyolojik etkenlerin yanı sıra kişilik özelliklerinin ve sosyal ilişkilerin de iyileştirilmesi hedeflenir. Kişilerarası ilişkiler terapisinin temelini kişilerarası ilişkiler ve depresyon arasındaki bu karşılıklı etkileşim oluşturmaktadır (Klerman ve ark. 1984).

Kişilerarası ilişkiler terapisinin geliştirilmesinin öyküsü, 1970 yılında Gerald Klerman ve Eugene Paykel'in depresyonun sürdürüm tedavisinde ilaç tedavisine psikoterapi eklenmesi gerekliliğini fark etmeleriyle başlar. Depresyonun sürdürüm tedavisinde uygulamak üzere geliştirdikleri bu sınırlı-sürelili, destekleyici terapi modeline ilham verenler arasında, hastanın güncel kişilerarası ilişkiler bağlamına odaklanan Harry Stack Sullivan (1953); sosyal ilişkilerin önemini vurgulayan Adolph Meyer (1957); bağlanmanın önemini vurgulayan, ayrılma ve ayrılma tehdidinin stres ve depresyonu tetiklediğini ileri süren John Bowlby (1969) öne çıkmaktadır. Myrna Weissman ve Eugene Paykel (1974), depresyon tedavisi alan hastalarla yaptıkları görüşmelerde hastaların en fazla sosyal ilişkilerindeki sorunlardan yakındıklarını gözlemlemeleri terapiyi şekillendiren çalışmalardan birisi olmuştur. Kapsamlı çalışmalar sonunda geliştirilen KİT'in el kılavuzu niteliğindeki kitap, 1984 yılında *Depresyonda Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi* adıyla yayımlanmıştır (Klerman ve ark. 1984).

Temel ilke

Kişilerarası ilişkiler terapisi, depresif belirtiler ile sosyal ilişkiler ve yaşam olaylarının karşılıklı olarak birbirini etkilediği üzerine temellenmiştir. İlişkilerdeki sorunlar ve yaşam olayları, yatkınlığı olan kişilerde depresif duygudurumu tetikleyebilir; aynı şekilde depresif duygudurum kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açabilir. Etkin bir sosyal destek sistemi depresyona karşı koruyucudur, depresyonu iyileştirmede etkilidir ve hastanın yakın ilişkilerden yararlanma yetisini geliştirmek önemli bir hedeftir.

Teknikler

On altı seanstan oluşan KİT, sınırlı süreli ve belirli bir sorun alanına odaklanan bir terapi modelidir. Çalışmada şu dört alandan birisine odaklanılır: i) yas; ii) taşınma, boşanma, emeklilik gibi yaşamdaki yeni roller; iii) eş, arkadaş ya

da aile içi sorunlar gibi kişilerarası ilişkilerde rol çatışması; ya da iv) genel olarak ilişki kurmakta ve sürdürmekte yaşanan güçlükler.

- KİT, sosyal ilişkilere ağırlık vermekle birlikte depresyonu tıbbi bir hastalık olarak görür ve çalışmanın başında hastaya 'hasta rolü' verir. Hasta rolü vermenin amacı, hastanın işlevselliğini kaybettiği için yaşadığı suçluluk duygusunu azaltıp, yakınlarından destek alarak iyileşmeye odaklanmasını sağlamaktır.
- Hastanın depresif epizodunu tetikleyen güncel sosyal ortamına ve ilişkilerine odaklanır. Kişilerarası ilişkiler envanteri oluşturmak amacıyla bilgi toplanırken hastanın geçmiş ilişkileri ve örüntüleri de gözden geçirilir. Terapist, hastanın içsel çatışmalarının, kişisel özelliklerinin, ilişki örüntülerinin farkındadır ancak çalışmada bunlara odaklanmaz.
- KİT hastanın ilişkileri bağlamındaki sorunları ele alırken hastanın ne hissettiğine odaklanır ve hastanın sosyal ilişkisiyle duygudurumu arasındaki etkileşimi kavraması sağlanır.
- Kimi hastaların sosyal çevresi o kadar fakirdir ki yakın ilişkisi olmadığı için sosyal sorunları da yokmuş gibi görünür. Böyle hastaların sosyal işlevselliğini geliştirmek için rol oynama ve direktif teknikler kullanılabilir.
- Psikodinamik ve bilişsel davranışçı terapileri uygulayan terapistte tanıdık gelecek birçok terapi tekniğini kullanır. Bu nedenle tecrübeli terapistlerin kolayca kavrayabileceği bir modeldir. Psikoterapi deneyimi olmayan kişiler eğitim almak için şu internet sitesini ziyaret edebilirler. (<https://interpersonalpsychotherapy.org/>) Bilişsel-davranışçı terapistler, KİT'in çarpıtılmış düşünce örüntülerine ve bilişlere odaklanmadığını; psikodinamik terapistler de terapistin aktif duruşu olduğunu, rüyalar ve bilinçdışı süreçlere odaklanmadığını akılda tutmalıdırlar.
- KİT uygulayan terapistin destekleyici, iyimser ve yargılayıcı olmayan bir duruşu vardır. Hastanın regresyonunu önlemek amacıyla az konuşan, pasif, nötr bir duruştan kaçınıp aktif rolü benimser.
- Psikoterapiye odaklanamayacak kadar şiddetli depresyonu olan, intihar riski ya da psikotik bulguları olan, alkol ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan hastalar için KİT uygun değildir.

KİT'in aşamaları

Terapinin ilk aşaması, üç görüşmeden oluşur. Depresyon ve tedavisi hakkındaki psikoeğitimin ardından hasta rolü verilerek, hastanın terapiye güdülenmesi sağlanmaya çalışılır. Bu aşamadaki en önemli görev, kişinin şimdiki ve geçmiş sosyal halkasındaki yakın ilişkilerin, örüntülerin ve sorunların ayrıntılı olarak ele alındığı kişilerarası ilişkiler envanterinin tamamlanmasıdır. İlişkilerinde depresyonu tetikleyen etkenler, ilişkilerindeki güncel sorunlarla birlikte değerlendirilerek yapılan

formülasyon hastayla paylaşılır ve üzerinde çalışılacak sorun alanı hastayla birlikte belirlenir.

On görüşmeden oluşan ikinci aşamada şu sorun alanlarının birisi üzerinde çalışılır.

1. Yas (komplike yas) alanında, kaybedilen kişinin yası işlenirken hastaya eşlik etmek, kaybettiği kişi ile ilgili özellikle ikircikli konuları ele almak, yeni bağlanmalar ve ilgi alanları edinmesini sağlamaya odaklanılır.
 2. Kişilerarası ilişkilerde rol çatışması alanında, hastanın ve yakınının farklı beklentilerinden kaynaklanan çatışmalar ele alınır. Öncelikle iletişim sorunları araştırılıp hastanın ve sorun yaşadığı kişinin beklentilerini açıkça ifade etmesine destek olunur. Bu süreçte, bir örnek çatışmadaki diyalogların ve hastanın yaşadığı duyguların büyüteç altında incelenmesi yararlı olur. Hastanın öfkelenmesi, küsmesi, uzaklaşması gibi yanıtları tetikleyen duyguları fark etmesine ve ifade etmesine çalışılır; örneğin öfkeli bir tepkinin altında korku, üzüntü, çaresizlik duyguları yatabilir (Jones 1929). Çatışmanın çözümü için yapılabileceklerin planlanması, beklentilerin yeniden değerlendirilmesi ve iletişim sorunlarının çözülmesi hedeflenir (Alkan ve Gökalp 2008).
 3. Sosyal rollerde değişiklikler alanında ise taşınma, boşanma, emeklilik, işten çıkarılma, kronik bir hastalık tanısı alma, yaşlanma gibi hasta için alışılmış sosyal desteklerin kaybına yol açabilecek konulara odaklanılır. Geride bırakılan sosyal rolün yasını tutarken duyguların ifade edilmesi, yeni rolün gerektirdiklerine uyum sağlama ve yeni sosyal destekler geliştirme üzerinde çalışılır.
 4. Kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler alanında yakın ilişkisi olmayan, bağlanma güçlükleri yaşayan hastalarla çalışılır. Sosyal beceriler geliştirme ve izolasyonu azaltmanın amaçlandığı bu alanda direktif teknikler ve rol oynama kullanılabilir ancak belirgin sosyal beceri güçlükleri olan hastalarda KİT yetersiz kalabilir (Weissman ve ark. 2018).
- Son üç görüşme ise sonlandırma çalışmasına ayrılmıştır. Yakın ilişkilerin depresyona karşı koruyucu etkisi vurgulanır, terapistten edinilen kazanımlar gözden geçirilerek hastanın yeterlilik duygusu desteklenir. Kişilerarası ilişkiler terapisi sonunda depresyon belirtilerinde iyileşme görülmeyen hastalara bunun hastanın değil, terapi yönteminin bir eksikliği olduğu anlatılarak suçluluk ve yetersizlik duygusu önlenmeye çalışılır ve başka bir terapi yöntemine yönlendirilir.

Bilişsel ve motivasyonel bozukluklara yönelik müdahaleler

Depresyonda dikkat, bellek ve yürütücü işlevlerdeki bozulmalar sık görülür ve tedavi yanıtını ve işlevselliği olumsuz etkileyebilir (Colwell ve ark. 2022). Ancak, duygudurum belirtilerinden bağımsız olarak ilaçların bilişsel işlevlere etkisini ölçmek güçtür. Vortiksetin, bupropion, modafinil ve SNRI'ların bilişsel işlevler üzerine olumlu etkileri bildirilmiştir (Raskin ve

ark. 2007, Herrera-Guzmán ve ark. 2008, Greer ve ark. 2014, McIntyre ve ark. 2014, Kaser ve ark. 2016, Tian ve ark. 2016, Mahableshwarkar ve ark. 2015). Bilişsel iyileştirme terapisi, depresyondaki bilişsel yıkımın rehabilitasyonunu hedefleyen yapılandırılmış bir psikososyal müdahaledir. Tekrar ve uygulama temelli egzersizlerle bilişi artırmayı amaçlar. Meta-analiz bulguları, bilişsel iyileştirme terapisinin global biliş, sözel bellek, dikkat/işleme hızı, çalışma belleği ve yürütücü işlevlerde iyileşme sağladığını göstermektedir (Thérond ve ark. 2021). Ancak sonuçlar, az sayıda çalışma, ölçümlerdeki heterojenlik ve günlük işlevselliği yansıtmadaki yetersizlik nedeniyle sınırlıdır.

Depresyonun motivasyonel boyutunu yansıtan temel belirtilerden biri anhedonidir. Anhedoninin haz alma bileşeni yapılan bir etkinlikten doğrudan keyif almayı, motivasyonel bileşeni ise ödül beklentisi ve ödül arayışına yönelik isteği yansıtır. Anhedoniyi hedef alan farmakolojik yaklaşımlarda dopaminerjik sistem üzerinde etkili ajanlar ön plana çıkmaktadır. Çeşitli farmakolojik ajanların anhedoni üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar, ketamin, metilfenidat, psilosibin ve bazı monoaminerjik antidepresanların anhedoni şiddetini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Essitalopram ve riluzolün etkisi ise sınırlı bulunmuştur (Cao ve ark. 2019, Kwaśny 2024). Ancak, farmakolojik müdahalelerin anhedoniye etkisini doğrudan inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır ve mevcut araştırmaların büyük çoğunluğunda anhedoni ikincil bir sonuç değişkeni olarak değerlendirilmiştir; bu durum alandaki kanıtların gücünü ve klinik uygulamaya aktarılabilirliğini sınırlamaktadır.

Majör depresif bozuklukta intihar davranışına yaklaşımında temel öneriler

İntihar nedeniyle ölen kişilerin yaklaşık %90'ında bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluk söz konusudur ve bunların %59–87'sini majör depresif bozukluk (MDB) oluşturur (Dong ve ark. 2019). Bu nedenle, MDB'de intihar riskinin değerlendirilmesi rutin bir klinik uygulama olmalıdır. Bu değerlendirmede her hastaya pasif ölüm ya da intihar düşünceleri olup olmadığı, bu düşüncelerin sürekliliği, plan yapıp yapmadığı, daha önce intihar girişimi olup olmadığı doğrudan sorulmalıdır. Daha önce intihar girişimi olan, uzun süredir intihar düşünceleri bulunan, intihar için plan yapan, daha ölümcül yöntemler düşünen, ölüm öncesi hazırlıklara girişen ve çevresindeki kişilere intihar düşüncelerinden, ölmesinin herkes için daha iyi olacağından söz eden ya da ima eden, ailesinde ya da yakın çevresinde intihar davranışları olan hastalar en büyük risk altındadır.

İntihar riski olan hastalarda yaşam olaylarının konuşulması çok önemlidir, çünkü bunlara yönelik krize müdahale yaklaşımları hastaya yardımcı olabilir. Hastada anksiyete, ümitsizlik, dürtüsellik, öfke, psikotik belirtiler, uykusuzluk, yoğun suçluluk duyguları gibi intihar riskini artıran belirtileri hedef almak önemlidir.

Alkol/madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu, B kümesi kişilik bozuklukları, kronik ve/veya ölümcül hastalıklar ve kronik şiddetli ağrı eş tanısında intihar riskini artırdığı için, depresyon tedavisinin yanında bu tablolara yönelik müdahaleler intihar riskini azaltabilir.

Bunun yanında hastanın güçlü yönlerinin, yaşama nedenlerinin ve diğer koruyucu faktörlerin araştırılması ve sosyal desteklerinin harekete geçirilmesi oluşturulacak güvenlik planı için çok yararlı olacaktır.

İntihar riski yüksek olan hastalarda hastane yatışı ve EKT uygulaması düşünülmelidir. Eğer bu mümkün olmuyorsa hasta sık aralıklarla izlenmeli, hasta yakınları hastayı yalnız bırakmamaları, intihar araçlarını uzaklaştırmaları ve hastaya destek olmaları konusunda uyarılmalıdır.

Hem yatan hem ayaktan izlenen hastalarda intihar riski değerlendirmesi yinelenmelidir, çünkü risk artıp azalabilir.

Hastalarla yapılan intihar kontratlarının yararlı olmadığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Rudd ve ark. 2006, Garvey ve ark. 2009, Edwards ve Sachmann 2010). Ancak acil eylem planları yararlıdır; her hastayla intihar riskinin arttığı anlara yönelik acil eylem planı oluşturulmalıdır. Bu planda uyarıcı belirtiler, risk artınca ne yapılacağı (örneğin yalnız kalmama, yakınlarına haber verme vb.), kiminle iletişime geçileceği, ulaşılabilecek profesyonel kişiler ya da kurumlar yer almalıdır (Moscardini ve ark. 2020).

Kanıtlar MDB tedavisinde kullanılan antidepresanların intihar davranışlarını azalttığını desteklemektedir (Isacsson ve ark. 2005, Gibbons ve ark. 2007). Ancak antidepresanların özellikle genç hastalarda ve tedavinin ilk haftalarında intihar eğilimini artırdığına yönelik yayınlar da mevcuttur (Bridge ve ark. 2007, Stone ve ark. 2009, Hetrick ve ark. 2012a, Coupland ve ark. 2015, Li ve ark. 2022). Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), 2004 yılında çocuklar ve ergenlerde seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) için intihar düşünceleri ve davranışları hakkında “kara kutu” uyarısı yayımlamış, 2007 yılında bu uyarıyı genç yetişkinleri (18–24 yaş) de kapsayacak şekilde genişletmiştir. Bir hastaya antidepresan başlandığında, intihar düşüncelerinin ortaya çıkıp çıkmadığı, artıp artmadığı, artış varsa bunun niteliği sorgulanmalıdır. Antidepresana bağlı intihar davranışı için olası uyarı işaretleri huzursuzluk, ego-distonik intihar düşünceleri ve artmış dürtüselliktir (Stübner ve ark. 2018). Hastalar bu konuda uyarılmalı, böyle bir durumda hemen doktoru ile iletişime geçmeli ve tedavi gözden geçirilmelidir (Stübner ve ark. 2018). Ancak olası bir yan etki nedeniyle antidepresan kullanımından kaçınmanın toplam intihar riskini artıracığı, intihar riski olan bir MDB hastasının mutlaka uygun bir antidepresanla tedavi edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Yaşam stili (diyet, egzersiz, uyku) düzenlemeleri

Yaşam stili değişiklikleri, depresyonun yönetiminde giderek önem kazanmakta ve tedavi kılavuzları da yaşam stili temelli yaklaşımları desteklemektedir (Malhi ve ark. 2021, NICE 2020, Marx ve ark. 2023). Yaşam stilini oluşturan başlıca alanlar beslenme, egzersiz ve uyku olarak tanımlanmaktadır (Firth ve ark. 2019a).

Depresyonda diyet değişikliklerinin faydalarına dair araştırmalara bakıldığında özellikle sebze, meyve, balık ve tam tahıllar açısından zengin olan 'Akdeniz diyeti'ni destekleyen veriler mevcuttur (Marx ve ark. 2017, Parletta ve ark. 2019, Firth ve ark. 2019b, Bayes ve ark. 2022). Bu alanda daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte kanıtlar, besin değeri yüksek, işlenmemiş gıdalara dayalı bir diyet modelinin, depresif belirtileri azaltmada etkili olabileceğini öne sürmektedir (Marx ve ark. 2023).

Araştırmalar düzenli egzersizin, yaşam kalitesini iyileştirirken depresyondaki etkinliğine dair kanıtları ortaya koymaktadır (Carter ve ark. 2019, Sarris ve ark. 2020). Dünya Sağlık Örgütü haftada 150–300 dakika orta şiddette veya 75–150 dakika yüksek şiddette fiziksel aktivite önermektedir; ancak kılavuzlar, bu hedeflerin depresyonu olan birçok kişi için ulaşılması zor olduğunu vurgulamaktadır ve en iyi egzersiz reçetesi sürdürülebilir olmalıdır (Bull ve ark. 2020, Teychenne ve ark. 2020).

Depresyon ve uyku arasında iki yönlü bir ilişki vardır; uyku bozukluğu depresyona katkıda bulunurken depresyon da uyku bozukluğuna yol açar. İyi uyku hijyeni alışkanlıklarını sürdürmek, depresyonda uyku kalitesinin artmasına yardımcı olabilir ve uyku hijyeniyle ilgili düzenlemeler ilk basamak olarak kolayca uygulanabilir (Marx ve ark. 2023).

Özetle, yaşam stili temelli yaklaşımlar, depresyonun yönetiminde temel bir bileşen olarak önerilmekte olup biyopsikososyal iyileşme ve işlevsellik açısından düzelmeyi sağlamak amacıyla diğer kanıta dayalı tedavilerle birlikte sunulabilirler.

Teletıp ve uzaktan tedavi uygulamaları

Depresyon hastaları için tele-sağlık yoluyla uygulanan tedaviler depresyonun belirti şiddeti, tedavi uyumu, tedavi memnuniyeti ve yaşam kalitesi bakımından yüz yüze yapılan tedavilere benzer sonuçlar vermektedir (Zimmerman ve ark. 2023). Telesaglık teknoloji kullanımı üzerinden yapılan tüm sağlık hizmetlerini kapsamakla birlikte psikiyatrik tedavilerde günümüzde ağırlıklı olarak videokonferans görüşmeleri kullanılmaktadır. Depresyonda telesaglık yoluyla uygulanan tedavilerin etkinliği hem ilaç tedavisi hem de kanıta dayalı psikoterapi uygulamaları için yüz yüze uygulanan tedavilerle benzerlik göstermektedir. (Scott ve ark. 2022). Tedavi uyumu artışı özellikle telesaglık uygulamaları yüz yüze tedaviye entegre biçimde uygulandığında daha da artmaktadır (Ettman ve ark. 2024). Telesaglık depresyon hastaları için mümkün olduğunca tek başına değil, yüz yüze tedaviye entegre edilerek kullanılmalıdır. Özellikle hastanın intihar riski ve kendine zarar verme davranışlarının olup olmadığı değerlendirilmelidir. Videokonferans yoluyla görüşme sırasında intihar veya kendine zarar verme davranışı riski saptanma ihtimaline karşın hasta güvenliğinin sağlanması ve en yakın psikiyatri merkezine yönlendirme için acil durum protokolü hazır bulundurulmalıdır.

Özellikle teknoloji kullanım olanaklarının yaygınlaşmasıyla birlikte tedavi merkezlerine uzak bölgelerde yaşayan depresyon hastalarında tedavi maliyetini azaltmakta ve randevulara katılım oranlarını artırabilmektedir. Böylelikle psikiyatrist ile hasta arasında iletişim aksaklıkları en aza indirilip depresyon tedavisinin sürekliliği sağlanabilmektedir (Edwards ve ark. 2024). Tedavi merkezlerine uzak hastaların yanı sıra depresyonun sık görüldüğü post-partum dönemdeki kadınlar, fiziksel yetersizliği olan bakım hastaları ve yaşlı hastalar için de teletıp tedavisiz kalma riskine karşı iyi bir seçenek olabilmektedir (Stentzel ve ark. 2023, Şahin ve ark. 2024). Hasta ile psikiyatrist arasındaki iletişim ve telesaglık görüşmelerinin kalitesi psikiyatristin ve hastanın teknoloji kullanım kolaylığından ve teknolojiyi kullanmaya istekli olmasından etkilenmektedir.

Tablo 10. Uyku hijyeni için öneriler

Rutinler ve gün içinde	Yatmadan önce	Yatak odasında
Hafta içi ve hafta sonu tutarlı bir uyku programı oluşturulmalıdır.	Uykulu hissetmedikçe yatağa gitmekten kaçınılmalıdır.	Uyku ortamı rahatlatıcı, karanlık, sessiz ve uygun bir sıcaklıkta olmalıdır.
En az 7 saat uyku hedeflenmelidir.	Yatmadan önce ekran süresi ve parlak/yapay ışık kaynaklarına maruziyet azaltılmalıdır.	Televizyon, bilgisayar, tablet gibi aygıtlar yatak odası dışında tutulmalı, akıllı telefonlar bulundurulsa bile yatakta ilgilenilmemelidir.
Gün içinde kafeinden zengin içeceklerin aşırı tüketiminden kaçınılmalıdır, özellikle akşamları dikkat edilmelidir.	Yatmadan önce rahatlatıcı etkinlikler eklenebilir (ör. farkındalık temelli meditasyon).	Gerekirse rahatlatıcı seslerden (deniz sesi gibi) ya da rahatlatıcı yağlardan (lavanta yağı gibi) yararlanılabilir.
Gün içinde şekerlemeden kaçınılmalı, yapılsa bile 20 dakikayı geçmemeli ve yatma saatinden en az 6 saat önce olmalıdır.	Özellikle alkol ve kafeinli içecekler başta olmak üzere, yatmadan önce sıvı alımı azaltılmalıdır.	Uyku kaçığında yatakta kalmak yerine kalkıp parlak olmayan bir ışıktaki okumak ya da müzik dinlemek gibi bir etkinlik sonrası yatağa dönülebilir.

Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu ve Avustralya Yaşam Tarzı Tıbbi Derneği'nin majör depresif bozuklukta yaşam stiline dayalı ruh sağlığı bakımı klinik uygulama kılavuzundan (Marx ve ark. 2023) ve 2020 Avustralya ve Yeni Zelanda Kraliyet Psikiyatristleri Koleji'nin duygudurum bozukluklarına ilişkin klinik uygulama kılavuzundan (Malhi ve ark. 2021) yararlanılarak oluşturulmuştur.

Psikiyatrist kullanacağı teknoloji konusunda yetkin olmalı, kullandığı teknolojik yenilikler konusunda kendini güncellemeli ve gerektiğinde hastayı teknoloji kullanımına hâkimiyet konusunda yüreklendirmelidir.

Depresif bozuklukların tedavisinde yüz yüze psikiyatrik tedavinin altın standart olduğu unutulmamalıdır. Özellikle alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanılarının varlığında veya psikiyatristte hastanın telesağlık yoluyla tedaviden fayda görmediği kanaati oluşursa bu durum hasta ile paylaşılarak hasta yüz yüze tedaviye yönlendirilmelidir (Guaiana ve ark. 2021).

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarların beyan edecek herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansman Bilgisi: Bu çalışma herhangi bir finansal destek alınmadan yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- ACOG (2023) Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstet Gynecol* 141:1262–88. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005202>
- Agabio R, Trogu E, Pani PP (2018) Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD008581. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008581.pub2>
- Akosile W, Tiyaite B, Colquhoun D ve ark. (2023) Management of depression in patients with coronary artery disease: A systematic review. *Asian J Psychiatry* 83:103534. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103534>
- Alías-Ferri M, García-Marchena N, Mestre-Pinto JI ve ark. (2021) Cocaine and depressive disorders: when standard clinical diagnosis is insufficient. *Adicciones* 33:193–200. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1321>
- Alkan M ve Gökalep PG (2008) Majör depresyonda ve yineleyici depresyonda kişilerarası ilişkiler terapisi. İçinde Yazıcı O, Oral TE, Vahip S (eds.) (2008) *Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: Ankara.
- Barnhofer T, Dunn BD, Strauss C ve ark. (2025) Mindfulness-based cognitive therapy versus treatment as usual after non-remission with NHS Talking Therapies high-intensity psychological therapy for depression: a UK-based clinical effectiveness and cost-effectiveness randomised, controlled, superiority trial. *Lancet Psychiatry* 12:433–46. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(25\)00105-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00105-1)
- Bayes J, Schloss J, Sibbritt D (2022) The effect of a Mediterranean diet on the symptoms of depression in young males (the “AMMEND” study): a randomized control trial. *Am J Clin Nutr* 116(2):572–80. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac106>
- Bedaso A ve Duko B (2022) Epidemiology of depression among displaced people: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 311:114493. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114493>
- Belzeaux R, Gressier F, Boudieu L ve ark. (2024) French Society of Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and French speaking Marce Society guidelines for the management of mood disorders in women before, during and after pregnancy. *Arch Womens Mental Health* 27:595–605. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01440-6>
- Bergvall H, Linde J, Alfnsson S ve ark. (2024) Quality of cognitive-behavioural therapy in routine psychiatric care: therapist adherence and competence, and patient outcomes for depression and anxiety disorders. *BMC Psychiatry* 24(1), 887. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06328-4>
- Bidari A, Moazen-Zadeh E, Ghavidel-Parsa B ve ark. (2019) Comparing duloxetine and pregabalin for treatment of pain and depression in women with fibromyalgia: an open-label randomized clinical trial. *Daru* 27:149–58. <https://doi.org/10.1007/s40199-019-00257-4>
- Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH ve ark. (2011) Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 131:233–42. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.12.014>
- Bowlby J (1969) Vol. 1: Attachment. In *Attachment and Loss*, New York, Basic Books.
- Böge K, Karnouk C, Hoell A ve ark. (2022) Effectiveness and cost-effectiveness for the treatment of depressive symptoms in refugees and asylum seekers: a multi-centred randomized controlled trial. *Lancet Reg Health Eur* 19:100413. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100413>
- Branquinho M, Rodriguez Munoz MF ve ark. (2021) Effectiveness of psychological interventions in the treatment of perinatal depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Affect Disord* 291:294–306. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.010>
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB ve ark. (2007) Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 297:1683–96. <https://doi.org/10.1001/jama.297.15.1683>
- Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S ve ark. (2020) World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med* 54:1451–62. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
- Cao B, Zhu J, Zuckerman H ve ark. (2019) Pharmacological interventions targeting anhedonia in patient with major depressive disorder: a systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 92:109–17. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.01.002>
- Carter T, Bastounis A, Guo B ve ark. (2019) The effectiveness of exercise based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 22:37–53. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0869-3>
- Carton L, Pignon B, Baguet A ve ark. (2018) Influence of comorbid alcohol use disorders on the clinical patterns of major depressive disorder: a general population-based study. *Drug Alcohol Depend* 187:40–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.02.009>
- Chernoff RA, Messineo G, Kim S ve ark. (2022) Psychosocial interventions for patients with heart failure and their impact on depression, anxiety, quality of life, morbidity, and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 84:560–80. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001073>
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G ve ark. (2018) Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 391:1357–66. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C ve ark. (2016) Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet* 388:881–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30385-3)
- Clerc GE, Ruimy P, Verdeau-Pallès J (1994) A double-blind comparison of venlafaxine and fluoxetine in patients hospitalized for major depression and melancholia. The Venlafaxine French Inpatient Study Group. *Int Clin Psychopharmacol* 9(3):139–43. <https://doi.org/10.1097/00004850-199409000-00001>
- Colwell MJ, Tagomori H, Chapman S ve ark. (2022) Pharmacological targeting of cognitive impairment in depression: recent developments and challenges in human clinical research. *Transl Psychiatry* 12:484. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02249-6>
- COPE Centre of Perinatal Excellence (2023) *Mental Health Care in the Perinatal Period. Australian Clinical Practice Guideline*. Revision. https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2023/06/COPE_2023_Perinatal_Mental_Health_Practice_Guideline.pdf
- Coupland C, Hill T, Morriss R ve ark. (2015) Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. *BMJ* 350:h517. <https://doi.org/10.1136/bmj.h517>
- Cuenca-Royo AM, Torrents M, Sánchez-Niubó A ve ark. (2013) Psychiatric morbidity among young-adults cannabis users. *Adicciones* 25:45–53. <https://doi.org/10.20882/adicciones.71>
- Cuijpers P (2017) Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: an overview of a series of meta-analyses. *Can Psychol* 58:7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>

- Cuijpers P, Berking M, Andersson G ve ark. (2013b) A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 58:376–85. <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD ve ark. (2013a) How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *J Affect Disord* 149:1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.030>
- Cuijpers P, Miguel C, Harrer M ve ark. (2023) Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry* 22:105–15. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E ve ark. (2020) A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry* 19:92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
- Cuijpers P, Weitz E, Lamers F ve ark. (2017) Melancholic and atypical depression as predictor and moderator of outcome in cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for adult depression. *Depress Anxiety* 34:246–56. <https://doi.org/10.1002/da.22580>
- Das A, Roy B, Schwarzer G ve ark. (2019) Comparison of treatment options for depression in heart failure: a network meta-analysis. *J Psychiatr Res* 108:7–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.007>
- Desaunay P, Eude LG, Dreyfus M ve ark. (2023) Benefits and risks of antidepressant drugs during pregnancy: a systematic review of meta-analyses. *Paediatr Drugs* 25:247–65. <https://doi.org/10.1007/s40272-023-00561-2>
- Dobkin RD, Mann SL, Gara MA ve ark. (2020) Telephone-based cognitive behavioral therapy for depression in Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Neurology* 94:e1764–73. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009292>
- Dodd S, Malhi GS, Tiller J ve ark. (2011) A consensus statement for safety monitoring guidelines of treatments for major depressive disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 45:712–25. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.595686>
- Dong M, Zeng LN, Lu L ve ark. (2019) Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychol Med* 49:1691–704. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002301>
- Dunlop BW, LoParo D, Kinkead B ve ark. (2019) Benefits of sequentially adding cognitive-behavioral therapy or antidepressant medication for adults with nonremitting depression. *Am J Psychiatry* 176:275–86. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18091075>
- Edwards SJ ve Sachmann MD (2010) No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: a study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis* 231:290–302. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000048>
- Eleftheriou G, Callegher RZ, Butera R ve ark. (2024) Consensus panel recommendations for the pharmacological management of breastfeeding women with postpartum depression. *Int J Environ Res Public Health* 21:551. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050551>
- Ettman CK, Brantner CL, Albert M ve ark. (2024) Trends in telepsychiatry and in-person psychiatric care for depression in an academic health system, 2017–2022. *Psychiatr Serv* 75:178–81. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230064>
- Fabiano N, Wong S, Gupta A ve ark. (2025) Safety of psychotropic medications in pregnancy: an umbrella review. *Mol Psychiatry* 30:327–35. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02697-0>
- Falek I, Aciri M, Dominguez J ve ark. (2022) Management of depression during perinatal period: state of evidence. *Int J Ment Health Syst* 16:21. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00531-0>
- Fernandes N, Prada L, Rosa MM ve ark. (2021) The impact of SSRIs on mortality and cardiovascular events in patients with coronary artery disease and depression: systematic review and meta-analysis. *Clin Res Cardiol* 110:183–93. <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01697-8>
- Firth J, Ward PB, Stubbs B (2019a) Editorial: lifestyle psychiatry. *Front Psychiatry* 26:597. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00597>
- Firth J, Marx W, Dash S ve ark. (2019b) The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosom Med* 81:265–80. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>
- Fornaro M, Caiazza C, Pistone L ve ark. (2025) Pharmacological treatments for atypical depression: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Neuropsychopharmacol* 96:46–57. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2025.04.003>
- Fric M, Pfuhlmann B, Laux G ve ark. (2008) The influence of smoking on the serum level of duloxetine. *Pharmacopsychiatry* 41:151–5. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1073173>
- Garvey KA, Penn JV, Campbell AL ve ark. (2009) Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *J Am Acad Psychiatry Law* 37(3): 363–70.
- Gautam S, Jain A, Gautam M, Gautam A, Jagawat T. Clinical practice guidelines for bipolar affective disorder (BPAD) in children and adolescents. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(Suppl 2):294–305. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_570_18.
- Geurts DE, Compen FR, Van Beek MH ve ark. (2020) The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for major depressive disorder: evidence from routine outcome monitoring data. *BJPsych Open* 6:e144. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.118>
- Gibbons RD, Brown CH, Hur K ve ark. (2007) Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. *Am J Psychiatry* 164:1044–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1044>
- Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA ve ark. (2019) Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 48:445–62. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>
- Götzsche PC ve Götzsche PK (2017) Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *J R Soc Med* 110:404–10. <https://doi.org/10.1177/0141076817731904>
- Grant S, Azhar G, Han E ve ark. (2021) Clinical interventions for adults with comorbid alcohol use and depressive disorders: a systematic review and network meta-analysis. *PLoS Med* 18:e1003822. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003822>
- Greer TK, Sunderajan P, Grannemann BD ve ark. (2014) Does duloxetine improve cognitive function independently of its antidepressant effect in patients with major depressive disorder and subjective reports of cognitive dysfunction? *Depress Res Treat* 2014:627863. <https://doi.org/10.1155/2014/627863>
- Guaiana G, Mastrangelo J, Hendriks S ve ark. (2021) A systematic review of the use of telepsychiatry in depression. *Community Ment Health J* 57:93–100. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00724-2>
- Gutsmiedl K, Krause M, Bighelli I ve ark. (2020) How well do elderly patients with major depressive disorder respond to antidepressants: a systematic review and single-group meta-analysis. *BMC Psychiatry* 20:102. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02514-2>
- Herrera-Guzmán I, Gudayol-Ferré E, Lira-Mandujano J ve ark. (2008) Cognitive predictors of treatment response to bupropion and cognitive effects of bupropion in patients with major depressive disorder. *Psychiatry Res* 160:72–82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.04.012>
- Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR ve ark. (2012a) Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD004851. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004851.pub3>
- Hetrick SE, Parker AG, Robinson J ve ark. (2012b) Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents. *Crisis* 33:13–20. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000095>
- Heuvelmen H, Davies NM, Ben-Shlomo Y ve ark. (2023) Antidepressants in pregnancy: applying causal epidemiological methods to understand service-use outcomes in women and long-term neurodevelopmental outcomes in exposed children. *Health Technol Assess* 27:1–83. <https://doi.org/10.3310/AQTF4490>
- Hodes M (2023) Thinking about young refugees' mental health following the Russian invasion of Ukraine in 2022. *Clin Child Psychol Psychiatry* 28:3–14. <https://doi.org/10.1177/13591045221125639>
- Ijaz S, Davies P, Williams CJ ve ark. (2018) Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 5:CD010558. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010558.pub2>

- Isacson G, Holmgren P, Ahlner J (2005) Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides. *Acta Psychiatr Scand* 111:286–90. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00504.x>
- Ishak WW, Edwards G, Herrera N ve ark. (2020) Depression in heart failure: a systematic review. *Innov Clin Neurosci* 17:27–38.
- Jelovac A, Landau S, Beeley P ve ark. (2025) Why is electroconvulsive therapy for depression more effective in older age? A causal mediation analysis. *Psychol Med* 55:e110. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000807>
- Ji M, Sun Y, Zhou J ve ark. (2023) Comparative effectiveness and acceptability of psychotherapies for late-life depression: a systematic review and network meta-analysis. *J Affect Disord* 323:409–16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.089>
- Jiménez-Treviño L, Velasco Á, Rodríguez-Revuelta J ve ark. (2019) Factors associated with tobacco consumption in patients with depression. *Adicciones* 31:298–308. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1191>
- Jones E (1929) Fear, guilt and hate. *Int J Psychoanal* 10:383–97.
- Kaser M, Deakin JM, Michael A ve ark. (2016) Modafinil improves episodic memory and working memory cognition in patients with remitted depression: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2:115–22.
- Klerman G, Weissman M, Rounsaville B ve ark. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.
- Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ (2012). Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord* 141:103–15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.036>
- Köhler-Forsberg O, Stiglbauer V, Brasanac J ve ark. (2023) Efficacy and safety of antidepressants in patients with comorbid depression and medical diseases: an umbrella systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 80:1196–207. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2983>
- Kruizinga J, Liemburg E, Burger H ve ark. (2021) Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database Syst Rev* 12:CD004044. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004044.pub5>
- Kuittinen S, Mölssä M, Punamäki RL ve ark. (2017) Causal attributions of mental health problems and depressive symptoms among older Somali refugees in Finland. *Transcult Psychiatry* 54(2):211–38. <https://doi.org/10.1177/1363461516689003>
- Kuyken W, Warren FC, Taylor RS ve ark. (2016) Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry* 73:565–74. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- Kwaśny A, Kwaśna J, Wilkowska A ve ark. (2024) Ketamine treatment for anhedonia in unipolar and bipolar depression: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol* 86:20–34. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.04.014>
- Lam RW, Kennedy SH, Adams C ve ark. (2024) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults: réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023: mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *Can J Psychiatry* 69:641–87. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>
- Larsen AJ, Teobaldi G, Espinoza Jeraldo RI ve ark. (2025) Effectiveness of pharmacological and non-pharmacological interventions for treatment-resistant depression in older patients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Ment Health* 28:e301324. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301324>
- Lee M-J, Chen Y-L, Wu S-I ve ark. (2024) Association between maternal antidepressant use during pregnancy and the risk of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder in offspring. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 33:4273–83. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02460-4>
- Levin FR, Mariani J, Brooks DJ ve ark. (2013) A randomized double-blind, placebo-controlled trial of venlafaxine-extended release for co-occurring cannabis dependence and depressive disorders. *Addiction* 108:1084–94. <https://doi.org/10.1111/add.12108>
- Li K, Zhou G, Xiao Y et al. (2022) Risk of suicidal behaviors and antidepressant exposure among children and adolescents: a meta-analysis of observational studies. *Front Psychiatry* 13:880496. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880496>
- Li M, Kennedy EB, Byrne N ve ark. (2017) Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology* 26:573–87. <https://doi.org/10.1002/pon.4286>
- Liang C, Chen P, Tang Y ve ark. (2022) Venlafaxine as an adjuvant therapy for inflammatory bowel disease patients with anxious and depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Front Psychiatry* 13:880058. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880058>
- Lin J, Zhao R, Li H ve ark. (2024) Looking back on life: an updated meta-analysis of the effect of life review therapy and reminiscence on late-life depression. *J Affect Disord* 347:163–74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.050>
- Ling C, Evans D, Zhang Y ve ark. (2020) The effects of cognitive behavioural therapy on depression and quality of life in patients with maintenance haemodialysis: a systematic review. *BMC Psychiatry* 20:369. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02754-2>
- Lisanby SH, McClintock SM, Alexopoulos G ve ark. (2020) Neurocognitive effects of combined electroconvulsive therapy (ECT) and venlafaxine in geriatric depression: phase 1 of the PRIDE study. *Am J Geriatr Psychiatry* 28:304–16. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.10.003>
- Lubbers J, Geurts DEM, Spinhoven P ve ark. (2024) Rumination and self-compassion moderate mindfulness-based cognitive therapy for patients with recurrent and persistent major depressive disorder: a controlled trial. *Depress Anxiety* 2024:3511703. <https://doi.org/10.1155/da/3511703>
- Luxton R ve Kyriakopoulos M (2022) Depression in children and young people: identification and management NICE guidelines. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 107:36–8. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320020>
- MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z ve ark. (2016) Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 6. Special populations: youth, women, and the elderly. *Can J Psychiatry* 61:588–603. <https://doi.org/10.1177/0706743716659276>
- Mahableshwarkar AR, Zajecka J, Jacobson W ve ark. (2015) A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 40:2025–37. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.52>
- Malhi GS, Bell E, Bassett D ve ark. (2021) The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 55:7–117. <https://doi.org/10.1177/0004867420979353>
- Mallery L, MacLeod T, Allen M ve ark. (2019) Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty. *BMC Geriatr* 19:306. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1327-4>
- Mallinckrodt CH, Watkin JG, Liu C ve ark. (2005) Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: a comparison of efficacy in patients with and without melancholic features. *BMC Psychiatry* 5:1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-1>
- Marx W, Manger SH, Blencowe M ve ark. (2023) Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. *World J Biol Psychiatry* 24:333–86. <https://doi.org/10.1080/15622975.2022.2112074>
- Marx W, Moseley G, Berk M ve ark. (2017) Nutritional psychiatry: the present state of the evidence. *Proc Nutr Soc* 76:427–36. <https://doi.org/10.1017/S0029665117002026>
- Mason BJ ve Heyser CJ (2010) The neurobiology, clinical efficacy and safety of acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Expert Opin Drug Saf* 9:177–88. <https://doi.org/10.1517/14740330903512943>
- Mathiasen K, Andersen TE, Lichtenstein MB ve ark. (2022) The clinical effectiveness of blended cognitive behavioral therapy compared with face-to-face cognitive behavioral therapy for adult depression: randomized controlled noninferiority trial. *J Med Internet Res* 24:e36577. <https://doi.org/10.2196/36577>

- McQuaid JR ve Thase ME (2017) Mood Disorders: Psychotherapy. In BJ Sadock, VA Sadock and P Ruiz (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (ss. 4359–4406). Philadelphia, USA. Lippincott Williams and Wilkins.
- Menon V, Ransing R, Praharaj SK (2022) Management of psychiatric disorders in patients with hepatic and gastrointestinal diseases. *Indian J Psychiatry* 64:S379–S393. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_18_22
- Meyer JP, Swetter SK, Kellner CH (2018) Electroconvulsive therapy in geriatric psychiatry: a selective review. *Psychiatr Clin North Am* 41:79–93. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.007>
- Meyer A (1957) *Psychobiology. A Science of Man*. Springfield, IL, McGraw-Hill Book Company.
- Mills KA, Greene MC, Dezube R ve ark. (2018) Efficacy and tolerability of antidepressants in Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 33:642–51. <https://doi.org/10.1002/gps.4834>
- Miuli A, Pettorosso M, Stefanelli G ve ark. (2023) Beyond the efficacy of transcranial magnetic stimulation in peripartum depression: a systematic review exploring perinatal safety for newborns. *Psychiatry Res* 326:115251. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115251>
- Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P ve ark. (2018) Guidelines on the treatment of perinatal depression with antidepressants: an international view. *Aust NZ J Psychiatry* 52:320–7. <https://doi.org/10.1177/0004867418762057>
- Moscardini EH, Hill RM, Dodd CG ve ark. (2020) Suicide safety planning: clinician training, comfort, and safety plan utilization. *Int J Environ Res Public Health* 17:6444. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186444>
- National Center for Biotechnology Information (NCBI) (2024) *Treatment of Alcohol Use Disorder*. NIH, StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK561234/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022) Depression in adults: treatment and management. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583074/>
- Negt P, Brakemeier E-L, Michalak J ve ark. (2016) The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain Behav* 6:e00486. <https://doi.org/10.1002/brb3.486>
- Nelson JC, Delucchi KL, Schneider LS (2013) Moderators of outcome in late-life depression: a patient-level meta-analysis. *Am J Psychiatry* 170:651–9. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070927
- NICE (2019) Depression in children and young people: identification and management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). [Erişim: 2 Şubat 2025]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- NICE National Institute for Health and Care Excellence (2020) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. [Clinical guide last updated 11 February 2020] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789>
- Niu Y, Sheng S, Chen Y ve ark. (2022) The efficacy of group acceptance and commitment therapy for preventing post-stroke depression: a randomized controlled trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 31:106225. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106225>
- Oliva V, Possidente C, De Prisco M ve ark. (2024) Pharmacological treatments for psychotic depression: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 11:210–20. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00006-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00006-3)
- Oliveira JA, Eskandar K, Freitas MAA ve ark. (2024) Zuralonone for postpartum depression: a systematic review and meta-analysis of two randomized studies. *Rev Bras Ginecol Obstet* 46:e-rbgo79. <https://doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo79>
- Olser M, Sørensen L, Rosing M ve ark. (2018) Subclinical depressive symptoms during late midlife and structural brain alterations: A longitudinal study of Danish men born in 1953. *Hum Brain Mapp* 39:1789–1795. doi: 10.1002/hbm.23954
- Palmer SC, Natale P, Ruospo M ve ark. (2016) Antidepressants for treating depression in adults with end-stage kidney disease treated with dialysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD004541. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004541.pub3>
- Parletta N, Zarnowiecki D, Cho J ve ark. (2019) A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: a randomised controlled trial (HELFIMED). *Nutr Neurosci* 22:474–87. <https://doi.org/10.1080/1028415X.2017.1411320>
- Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM ve ark. (2010) A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 167:668–75. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08060852>
- Pollok J, van Agteren JE, Carson-Chahhoud KV (2018) Pharmacological interventions for the treatment of depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 12:CD012346. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012346.pub2>
- Raskin J, Wiltse CG, Siegal A ve ark. (2007) Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 164:900–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.900>
- Ravitz P, Watson P, Lawson A ve ark. (2019) Interpersonal psychotherapy: a scoping review and historical perspective (1974–2017). *Harv Rev Psychiatry* 27:165–80. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000219>
- Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner TE Jr (2006) The case against no-suicide contracts: the commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychol* 62:243–51. <https://doi.org/10.1002/jclp.20227>
- Sarris J, Thomson R, Hargraves F ve ark. (2020) Multiple lifestyle factors and depressed mood: a cross-sectional and longitudinal analysis of the UK Biobank (N=84,860). *BMC Med* 18:354. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01813-5>
- Scott AM, Clark J, Greenwood H ve ark. (2022) Telehealth v. face-to-face provision of care to patients with depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 52:2852–60. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002331>
- Serfaty M, King M, Nazareth I ve ark. (2020) Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for depression in advanced cancer: CanTalk randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 216:213–21. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.207>
- SIGN 169 (2023) Perinatal mental health conditions. A national clinical guideline. <https://www.sign.ac.uk/media/2172/sign-169-perinatal.pdf>
- Simas TAM, Whelan A, Byatt N (2023) Postpartum depression –new screening recommendations and treatments. *JAMA* 330:2295–6. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.21311>
- Stentzel U, Grabe HJ, Schmidt S ve ark. (2023) Mental health-related telemedicine interventions for pregnant women and new mothers: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 23:292. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04790-0>
- Strupf M, Wiechers M, Bajbouj M ve ark. (2023) Predicting treatment outcomes of the Empowerment group intervention for refugees with affective disorders: findings from the MEHIRA project. *J Affect Disord* 323:241–50. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.050>
- Stübner S, Grohmann R, Greil W ve ark. (2018) Suicidal Ideation and Suicidal Behavior as Rare Adverse Events of Antidepressant Medication: Current Report from the AMSP Multicenter Drug Safety Surveillance Project. *Int J Neuropsychopharmacol* 21:814–821. doi: 10.1093/ijnp/pyy048
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2015) Medication for the treatment of alcohol use disorder: a brief guide. HHS Publication No. (SMA) 15-4907.
- Sugar D ve Richardson SP (2025) Treating non-motor symptoms in dystonia: a systematic review. *Dystonia* 4:14545. <https://doi.org/10.3389/dyst.2025.14545>
- Sullivan HS (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Tavistock Publications Limited, New York, Routledge.
- Szmulewicz A, Valerio MP, Lomastro J ve ark. (2024) Melancholic features and treatment outcome to selective serotonin reuptake inhibitors in major depressive disorder: a re-analysis of the STAR*D trial. *J Affect Disord* 347:101–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.044>
- Şahin E, Yavuz Veizi BG, Naharci MI. (2024) Telemedicine interventions for older adults: a systematic review. *J Telemed Telecare* 30:305–19. <https://doi.org/10.1177/1357633X211058340>

- Tao R, Emslie GJ, Mayes TL ve ark. (2010) Symptom improvement and residual symptoms during acute antidepressant treatment in pediatric major depressive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 20:423–30. <https://doi.org/10.1089/cap.2009.0116>
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM ve ark. (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 68:615–23.
- Tedeschini E, Fava M, Papakostas GI (2011). Placebo-controlled, antidepressant clinical trials cannot be shortened to less than 4 weeks' duration: a pooled analysis of randomized clinical trials employing a diagnostic odds ratio-based approach. *J Clin Psychiatry* 72:98–113. doi: 10.4088/JCP.09m05725blu
- Teychenne M, White RL, Richards J ve ark. (2020) Do we need physical activity guidelines for mental health: what does the evidence tell us? *Mental Health Phys Act* 18:100315. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2019.100315>
- Thérond A, Pezzoli P, Abbas M ve ark. (2021) The efficacy of cognitive remediation in depression: a systematic literature review and meta-analysis. *J Affect Disord* 284:238–46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.009>
- Tian Y, Du J, Spagna A ve ark. (2016) Venlafaxine treatment reduces the deficit of executive control of attention in patients with major depressive disorder. *Sci Rep* 6:28028. <https://doi.org/10.1038/srep28028>
- Torrens M, Tirado-Muñoz J, Fonseca F ve ark. (2022) Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with depression and a comorbid substance use disorder. *Adicciones* 34:128–41. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1559>
- Tzanakaki M, Guazzelli M, Nimatoudis I ve ark. (2000) Increased remission rates with venlafaxine compared with fluoxetine in hospitalized patients with major depression and melancholia. *Int Clin Psychopharmacol* 15(1):29–34. <https://doi.org/10.1097/00004850-200015010-00004>
- Udina M, Hidalgo D, Navinés R ve ark. (2014) Prophylactic antidepressant treatment of interferon-induced depression in chronic hepatitis C: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 75:e1113–21. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08800>
- Ufere NN, Hinson J, Finnigan S ve ark. (2022) The impact of social workers in cirrhosis care: a systematic review. *Curr Treat Options Gastroenterol* 20:160–76. <https://doi.org/10.1007/s11938-022-00381-2>
- Uhr C, Pawils S, Morina N ve ark. (2025) Psychological interventions for refugees with depression: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 25:26. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06447-y>
- Valerio MP, Szmulewicz AG, Martino DJ (2018). A quantitative review on outcome-to-antidepressants in melancholic unipolar depression. *Psychiatry Res* 265:100–10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.088>
- van Bronswijk SC, Lemmens LH, Huibers MJ ve ark. (2018) The influence of comorbid anxiety on the effectiveness of cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for major depressive disorder. *J Affect Disord* 232:52–60. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.003>
- van Diermen L, van den Ameel S, Kamperman AM ve ark. (2018) Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 212:71–80. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.28>
- Vergara-Moragues E, González-Saiz F, Lozano M ve ark. (2012) Psychiatric comorbidity in cocaine users treated in therapeutic community: substance-induced versus independent disorders. *Psychiatry Res* 200:734–41. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.043>
- Vigod SN, Frey BN, Clark CT ve ark. (2025) Canadian network for mood and anxiety treatments in 2024 clinical practice guideline for the management of perinatal mood and anxiety and related disorders: Guide de pratique 2024 du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments pour le traitement des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles connexes périnataux. *Can J Psychiatry* 70:429–89. <https://doi.org/10.1177/07067437241303031>
- Vilarino GT, Coimbra DR, Neiva HP ve ark. (2024) The impact of exercise intensity on depression in fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Front Psychol* 15:1400590. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1400590>
- Vita G, Compri B, Matcham F ve ark. (2023) Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD011006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011006.pub4>
- Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG ve ark. (2023) Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 62:479–502. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.10.001>
- Wang C, Zhou Y, Zheng W ve ark. (2019) Association between depression subtypes and response to repeated-dose intravenous ketamine. *Acta Psychiatrica Scand* 140:446–57. <https://doi.org/10.1111/acps.13096>
- Wang L, Liu Q, Sun D ve ark. (2022) Effects of combination treatment in hypertensive patients with depression: a systematic review and meta-analysis of 27 randomized controlled trials. *Ther Clin Risk Manag* 18:197–211. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S347622>
- Wang S-B, Wang Y-Y, Zhang Q-E ve ark. (2018) Cognitive behavioral therapy for post-stroke depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 235:589–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.011>
- Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL (2017) *The Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York, Oxford University Press.
- Weissman MM ve Paykel ES (1974) *The Depressed Woman: a Study of Social Relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Weston F, Carter B, Powell N ve ark. (2024) Antidepressant treatment in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 36:850–60. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000002768>
- Winslow BT, Onysko M, Hebert M (2016) Medications for alcohol use disorder. *Am Fam Physician* 93:457–65.
- Witte J, Bentley K, Evins AE ve ark. (2012) A randomized, controlled, pilot study of acamprosate added to escitalopram in adults with major depressive disorder and alcohol use disorder. *J Clin Psychopharmacol* 32:787–96. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182726764>
- Dünya Sağlık Örgütü (2016) Problem Management Plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. Geneva, DSO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-18.5>
- Yan N ve Hu S (2024) The safety and efficacy of escitalopram and sertraline in post-stroke depression: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 24:365. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05833-w>
- Yang H, Qi L, Pei D (2024) Effect of psychosocial interventions for depression in adults with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrol* 25:17. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03447-0>
- Yoon G, Pittman B, Ralevski E ve ark. (2025) Antidepressant efficacy of ketamine plus naltrexone for major depression comorbid with alcohol use disorder: a randomized controlled trial. *Int J Neuropsychopharmacol* 28:pyaf056. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaf056>
- Zadegan SA, Ramirez F, Reddy KS ve ark. (2024) Treatment of depression in Huntington's disease: a systematic review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 36:283–99. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20230120>
- Zhang A, Liu T, Xu J ve ark. (2024) Efficacy of deep brain stimulation for Tourette syndrome and its comorbidities: a meta-analysis. *Neurotherapeutics* 21:e00360. <https://doi.org/10.1016/j.neurot.2024.e00360>
- Zhang M, Mo J, Zhang H ve ark. (2023) Efficacy and tolerability of repetitive transcranial magnetic stimulation for late-life depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 15:323:219–231. doi: 10.1016/j.jad.2022
- Zhang X, Yin C, Tian W ve ark. (2020) Effects of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis and systematic review. *Clin Respir J* 14:891–900. <https://doi.org/10.1111/crj.13226>
- Zhang Y, Zhao Y, Jiang X ve ark. (2025) Telehealth approaches for improving depression and anxiety among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 92:28–35. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2024.12.009>
- Zhou W, Chen Y, Wu H ve ark. (2025) Cost utility analysis of internet-based cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 27:e67567. <https://doi.org/10.2196/67567>
- Zimmerman M, D'Avanzato C, King BT. (2023) Telehealth treatment of patients with major depressive disorder during the COVID-19 pandemic: comparative safety, patient satisfaction, and effectiveness to prepandemic in-person treatment. *J Affect Disord* 323:624–30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.015>