



Received/ Makale Geliş Tarihi 03.09.2025
Published /Yayınlanma Tarihi 30.11.2025
Volume (Issue) Cilt (Sayı) 9 (60)
pp / ss 1260-1272

Review Article / Derleme Makale
10.5281/zenodo.17793046
Mail: editor@pejoss.com

Dr. İslam Deviren

<https://orcid.org/0000-0003-2515-3807>
MEB / TÜRKİYE

Süreğen Depresif Bozukluk Üzerine Kuramsal Bir Araştırma

A Theoretical Review of Persistent Depressive Disorder

ÖZET

Bu kuramsal derleme, Süreğen Depresif Bozukluğun (SDB) klinik özelliklerini, tarihsel gelişimini, tanı ölçütlerini, epidemiyolojik ve etiyolojik belirleyicilerini, komorbidite örüntülerini, risk ve koruyucu etmenlerini ve tedavi yaklaşımlarını sistematik biçimde incelemektedir. Kronik depresif belirtilerle seyreden ve bireylerin yaşam kalitesini uzun süreçte belirgin biçimde azaltan SDB, daha önce “distimi” olarak adlandırılan bozukluk ile kronik depresyonu kapsayacak şekilde, DSM-5’in 2013 yılında yayımlanmasıyla tek bir tanı kategorisi altında birleştirilmiştir. DSM-5-TR’ye göre Süreğen Depresif Bozukluk, yetişkin bireylerde en az iki yıl süreyle günün büyük bölümünde devam eden depresif duygudurumla karakterize edilmekte; bozukluğun ayırt edici özelliğinin, belirtilerin şiddetinden çok kronik ve süreğen niteliği olduğu vurgulanmaktadır. Epidemiyolojik veriler, SDB’nin küresel ölçekte yılda yaklaşık 105 milyon kişiyi etkilediğini ve görülme sıklığının kadınlarda (%1,8) erkeklere (%1,3) oranla daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Multifaktöriyel bir yapıya sahip olan etiyoloji; genetik yatkınlık, monoaminerjik iletim sistemlerindeki düzensizlikler, erken dönem travmatik yaşantılar, kronik stres etkenleri ve işlevsel olmayan bilişsel şemalar arasındaki karmaşık etkileşimlere işaret etmektedir. Komorbidite açısından bakıldığında, hastaların en az %75’inde ek bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği; bunlar arasında majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozukluklarının en sık görülen eş tanımlar olduğu bildirilmektedir. Tedavi yaklaşımları hem farmakoterapiyi hem de psikoterapiyi içermekte; birinci basamak farmakolojik seçenek olarak seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI’lar) tercih edilirken Bilişsel Davranışçı Terapi ve Bilişsel Davranışçı Sistem Psikoterapisi etkili psikoterapötik müdahaleler olarak öne çıkmaktadır. Mevcut bulgular, farmakoterapi ile psikoterapinin birlikte kullanılmasının (%75 yanıt oranı) tek başına uygulanan tedavilere (%48) oranla daha yüksek etkililik sağladığını göstermekte; bu doğrultuda erken tanı, kapsamlı klinik değerlendirme, kombine tedavi yaklaşımları ve uzun süreli izlem, SDB’nin etkili ve sürdürülebilir yönetimi için kritik bileşenler olarak değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Süreğen depresif bozukluk, distimi, kronik depresyon, komorbidite.

ABSTRACT

This theoretical review systematically examines the clinical features, historical development, diagnostic criteria, epidemiological and etiological determinants, comorbidity patterns, risk and protective factors, and treatment approaches of Persistent Depressive Disorder (PDD). PDD, which is characterized by chronic depressive symptoms and markedly reduces individuals’ quality of life in the long term, was consolidated into a single diagnostic category with the publication of DSM-5 in 2013, encompassing both the condition previously referred to as “dysthymia” and chronic depression. According to DSM-5-TR, Persistent Depressive Disorder in adults is characterized by a depressed mood that persists for most of the day for at least two years; the distinguishing feature of the disorder is emphasized to be its chronic and enduring nature rather than the severity of symptoms. Epidemiological data indicate that PDD affects approximately 105 million individuals worldwide each year and that its prevalence is higher among women (1.8%) than men (1.3%). The multifactorial etiology points to complex interactions among genetic vulnerability, dysregulations in monoaminergic neurotransmission systems, early-life traumatic experiences, chronic stressors, and dysfunctional cognitive schemas. From a comorbidity perspective, at least 75% of patients are reported to present with an additional psychiatric disorder, with major depressive disorder, anxiety disorders, and personality disorders being the most frequently observed comorbid diagnoses. Treatment approaches encompass both pharmacotherapy and psychotherapy; selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are preferred as the first-line pharmacological option, whereas Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Behavioral System Psychotherapy emerge as effective psychotherapeutic interventions. Current findings indicate that the combined use of pharmacotherapy and psychotherapy (75% response rate) provides greater effectiveness than monotherapies (48%); accordingly, early diagnosis, comprehensive clinical assessment, combined treatment approaches, and long-term follow-up are regarded as critical components for the effective and sustainable management of PDD.

Keywords: Persistent depressive disorder, dysthymia, chronic depression, comorbidity.

1. GİRİŞ

Süreğen Depresif Bozukluk (SDB), kronik depresif belirtilerle ayırt edilen ve daha önce büyük ölçüde “distimi” kavramı altında ele alınan bir duygudurum bozukluğudur. “Süreğen depresif bozukluk” terimi, 1970’lerin sonlarında Robert Spitzer tarafından “depresif kişilik” kavramının yerine kullanılmak üzere önerilmiştir (Brody, 1995). DSM-5’in 2013 yılında yayımlanmasıyla birlikte bozukluk, “süreğen depresif bozukluk” adı altında yeniden yapılandırılmış ve DSM-IV’te tanımlanan süreğen depresif bozukluk ile kronik majör depresif bozukluk tanıları tek bir tanı kategorisi altında birleştirilmiştir (APA, 2013). Bu değişiklik, kronik majör depresyon ile süreğen depresif bozukluk arasında klinik olarak anlamlı bir ayırım yapılabileceğini destekleyen yeterli kanıtın bulunmamasına dayanmaktadır (Schramm vd., 2020).

Süreğen Depresif Bozukluk, en yaygın ruhsal bozukluk türlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Andrews vd., 2000; Ivanets vd., 2016). Süreğen Depresif Bozukluk olarak nitelendirilebilecek yüzeysel ancak uzun süreli depresif durumlar üzerine yapılan araştırmalar, klinik belirtilerin çeşitliliğini, ortaya çıkış koşullarındaki belirgin farklılıkları ve hastalığın seyir özellikleri ile sonuçlarını ortaya koymaktadır (Abdullaeva ve Nurkhodjaev, 2019; Hölzel vd., 2011). SDB kavramının tanımlanmasıyla birlikte, “silik depresyonlar” problem alanının önemli boyutlarından biri olan uzun süreli seyrin nedenlerini açıklığa kavuşturma yönünde önemli kuramsal ve ampirik ön koşullar oluşturulmuştur (Abdullaeva vd., 2019; Visentini vd., 2018). Bununla birlikte, mevcut SDB sınıflandırma ve sistematiklerinde bu boyutun çoğu zaman göz ardı edildiği görülmektedir.

Bu durum, SDB tipolojisinin oluşturulmasında dinamik faktörlerin yeterince dikkate alınmamasından kaynaklanmaktadır. Bozukluğun gelişim örüntülerini inceleyen boylamsal çalışmalarda dahi temel vurgu çoğunlukla “iyileşme”, “nüks” ve “kronikleşme” gibi istatistiksel göstergeler üzerine yapılmakta; bu yaklaşım, SDB’nin ortalama süresi hakkında bilgi sunsa da bozukluğun klinik özellikleri ve süreç içindeki yapısal değişimlerini ayrıntılı biçimde betimlememektedir (Cassano vd., 2017). SDB’nin ayırt edici özelliklerinden birinin kronik seyir olduğu yönündeki yaygın kabul ile bozukluğun dinamikleri çerçevesinde süreğen depresif durumların klinik yapısını ayrıntılı biçimde irdeleyen çalışmaların görece sınırlı olması arasında belirgin bir çelişki ortaya çıkmaktadır (Köhler vd., 2019).

2.KURAMSAL ÇERÇEVE

Süreğen Depresif Bozukluk (SDB) denildiğinde, genellikle kederli, karamsar ve içe dönük bir mizaç ile yoğun yetersizlik ve değersizlik duygularının yaşanması akla gelmektedir. SDB’ye ilişkin kavramsallaştırmalar zaman içinde önemli ölçüde dönüşmüş ve bu bozukluğun kökenleri Antik Yunan’a uzanan bir tarihsel bağlama yerleştirilmiştir. Örneğin Hipokrat, “kötü mizaç” anlamına gelen bir kavramı melankoliye yatkınlığı betimlemek amacıyla kullanmış; bu yaklaşım, günümüzde SDB başlığı altında ele alınan süreğen depresif belirtilerin tarihsel öncüllerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Ventriglio vd., 2020). Daha sonraki dönemlerde Karl Ludwig Kahlbaum, “distimi” kavramını hafif şiddetteki depresif durumları tanımlamak için kullanmış ve böylece süreğen, düşük düzeyli depresif tabloların ayrı bir klinik örüntü olarak ele alınmasına katkı sağlamıştır.

Hafif şiddette seyreden SDB olgularında, bireylerin stres yaratan etkinliklerden uzak durma ve başarısızlık olasılığı taşıyan durumlardan kaçınma eğilimi gösterdiği; bunun sonucunda da akademik, mesleki ve sosyal alanlarda belirgin geri çekilme yaşanabildiği bildirilmektedir (Niculescu ve Akiskal, 2001). Daha ağır klinik tablolarda ise hastalar günlük etkinliklerden büyük ölçüde çekilmekte ve anhedoni (zevk alma kapasitesinin azalması ya da kaybı) olarak adlandırılan belirgin bir depresif belirti sergileyebilmektedir (Duggal vd., 2021). Belirtilerin görece sinsi başlangıcı ve kronik niteliği nedeniyle SDB tanısı kimi durumlarda klinisyenler için güçleştirici olabilmektedir. Hastalar, depresif belirtilerini sosyal ortamlarda sıklıkla maskeleyebilmekte; bu durum hem yakın çevrenin hem de sağlık profesyonellerinin belirtileri zamanında fark etmesini zorlaştırmaktadır (Klein ve Kotov, 2016; Sansone ve Sansone, 2009).

Süreğen Depresif Bozukluk tanısı olan birçok birey, depresif belirtilerini kişiliklerinin değişmez ve “normal” bir parçası olarak içselleştirmekte ya da sağlık uzmanlarının bu belirtileri özgül bir klinik bozukluk yerine genel depresif yatkınlık çerçevesinde değerlendirdiğini düşünmektedir. Bu etmenler, yardım arama davranışının ertelenmesine ya da tümüyle engellenmesine yol açabilmektedir (Schramm vd., 2020). SDB’nin anlaşılması, kronik seyri ve yaşam kalitesi üzerinde uzun vadeli, belirgin olumsuz etkileri nedeniyle klinik açıdan yaşamsal önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalar, SDB’li bireylerin iş yaşamı, kişilerarası ilişkiler ve günlük işlevsellik alanlarında anlamlı düzeyde güçlükler yaşadığını ve bu güçlüklerin süreğen bir duygusal sıkıntı örüntüsüyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Ventriglio vd., 2020).

2.1.Tanı Ölçütleri

2.1.1. DSM-5-TR'ye Göre Tanı Ölçütleri

DSM-5'te Süreğen Depresif Bozukluk'un (SDB) tanı ölçütleri, bozukluğun ayırt edici özelliği olan kronikliği vurgulamak üzere, belirtilerin şiddetinden çok sürelerine odaklanmaktadır (Mathias vd., 2024). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5-TR'sine (2022) göre SDB tanısının konulabilmesi için aşağıdaki ölçütlerin karşılanması gerekmektedir:

A. Temel ölçüt: Yetişkinlerde en az iki yıl (çocuk ve ergenlerde en az bir yıl) süreyle, günün büyük bölümünde devam eden depresif duygudurum. Çocuk ve ergenlerde duygudurum sınırlı (irritabl) bir nitelik gösterebilir ve sürenin en az bir yıl olması gerekmektedir (Nubel vd., 2020; APA, 2013; Ishizaki ve Mimura, 2011; Selph ve McDonagh, 2019).

B. Eşlik eden belirtiler: Depresif duygudurumun sürdüğü dönemlerde, aşağıda sıralanan belirtilerden en az ikisinin eşlik etmesi gerekir:

1. İştahın azalması veya artması
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
3. Düşük enerji düzeyi veya belirgin yorgunluk
4. Düşük benlik saygısı
5. Dikkatin azalması veya karar vermede güçlük
6. Umutsuzluk duyguları

C. Süreklilik: İki yıllık (çocuk ve ergenlerde bir yıllık) süre boyunca belirtiler hiçbir zaman iki aydan daha uzun bir dönem için tamamen ortadan kalkmaz.

D. Majör depresif epizodla ilişkisi: Bu iki yıllık süre içerisinde majör depresif epizod ölçütlerinin sürekli olarak karşılanması mümkündür.

E. Dışlama ölçütleri:

- Daha önce manik, hipomanik ya da karma epizod ortaya çıkmamıştır.
- Siklotimik bozukluk ölçütleri hiçbir dönemde tam olarak karşılanmamıştır.
- Depresif tablo yalnızca kronik psikotik bozuklukların bir parçası olarak ortaya çıkmamaktadır.
- Belirtiler doğrudan tıbbi bir hastalığa veya madde kullanımına bağlanamaz.

F. İşlevsellik:

Belirtiler; sosyal, mesleki, akademik alanlarda veya yaşamın diğer önemli alanlarında klinik açıdan anlamlı düzeyde sıkıntıya ya da belirgin işlev kaybına yol açmaktadır (APA, 2013; Turner vd., 2007).

2.1.2.Yaşa Göre Özellikler

Erken başlangıç (tanının 21 yaşından önce konulması), daha sık nöksler, psikiyatrik hastane yatışları ve daha yüksek komorbidite/eş tanı oranları ile ilişkilidir (Sansone ve Sansone, 2009). Genç yetişkinlerde kişilik bozuklukları ile komorbidite ve muhtemelen daha kronik bir belirti örüntüsü daha sık görülürken yaşlı yetişkinlerde depresif belirtiler tıbbi hastalıklar ve/veya stresli yaşam olayları ile daha güçlü biçimde ilişkilendirilmektedir (Bellino vd., 2001).

2.1.3. Ayırıcı Tanı

Süreğen Depresif Bozukluk, majör depresif bozukluktan temel olarak belirtilerin süresi ve seyri dikkate alınarak ayırt edilmektedir. Majör depresif bozuklukta belirtiler, DSM-5'e göre en az iki hafta süren, görece akut epizodlar hâlinde ortaya çıkabilirken SDB'de belirtiler çok daha uzun süreli ve kronik bir tablo sergilemektedir. Ayrıca SDB, genellikle majör depresif bozukluğa kıyasla daha erken yaşlarda başlamaktadır (Goodman vd., 2000).

3. EPİDEMİYOLOJİSİ

Süreğen Depresif Bozukluk'un (SDB) küresel ölçekte yılda yaklaşık 105 milyon kişiyi etkilediği bildirilmektedir. Toplum bazlı epidemiyolojik verilere göre prevalans, erkeklerde yaklaşık %1,3 iken kadınlarda %1,8 düzeyindedir; bu da kadınlarda SDB görülme sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Vos vd., 2012). SDB prevalansını doğrudan inceleyen toplum temelli çalışmalar ise hâlen sınırlı olup gelişim sürecini sürdürmektedir.

Mevcut bulgular, SDB'li bireylerde depresyonun erken yaşlarda başlamasının yaygın olduğunu göstermektedir (Struck vd., 2020). Ayrıca, kadınların SDB açısından erkeklere göre daha yüksek risk taşıdığı; bekâr olmanın, gelişmiş ülkelerde yaşamanın ve ailede depresyon öyküsünün bulunmasının da diğer belirgin risk etmenleri arasında yer aldığı saptanmıştır (Frick vd., 2021). SDB belirtilerinin sinsi başlangıçlı ve çoğu kez düşük şiddette seyretmesi, bireylerin kalıcı düşük duygudurumlarını "normal" bir yaşantı ya da kişilik özelliği olarak değerlendirmelerine yol açabilmekte; bu da bozukluğun yıllarca fark edilmemesine ve tanının gecikmesine neden olabilmektedir (Melrose, 2017).

4. ETİYOLOJİSİ

Süreğen Depresif Bozukluk'un (SDB) etiyojisi, biyolojik, psikolojik ve toplumsal etmenlerin etkileşimine dayanan çok boyutlu bir yapı sergilemekte; bu bütüncül bakış açısı en iyi biyopsikososyal model çerçevesinde açıklanmaktadır.

4.1. Genetik Etmenler

Silver ve arkadaşlarının (2020) çalışmaları, SDB öyküsü bulunan annelerin çocuklarında daha yüksek düzeyde depresif belirtiler gözlendiğini ve bunun ailevi bir duyarlılığın kuşaklar arası aktarımına işaret ettiğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, SDB yaşayan bir anneyle uzun süreli ve yoğun etkileşim içinde olan bir çocuğun depresif özellikleri deneyimleme ve bu durumu giderek "normalleştirme" eğiliminde olabileceği varsayımını desteklemektedir. Bu bağlamda, aile içi etkileşim örüntüleri ve model alma süreçleri SDB gelişiminde önemli etmenler olarak değerlendirilebilir (Silver vd., 2020).

Süreğen Depresif Bozukluk'un etiyojisi multifaktöriyel bir yapı göstermekte olup, tüm olgulara tutarlı biçimde uygulanabilecek tek bir biyolojik neden tanımlanamamıştır (Sansone ve Sansone, 2009). Bununla birlikte, genetik yatkınlığa ilişkin anlamlı kanıtlar mevcuttur. Özellikle erken başlangıçlı SDB formunda, hastaların ailelerinde depresyon oranının %50'ye kadar çıkabildiği bildirilmektedir (Harvard Sağlık Yayınları, 2005).

Monoaminerjik iletimdeki (serotonin, norepinefrin, dopamin) düzensizliklerin SDB ile ilişkili olabileceği uzun süredir öne sürülmektedir. İnsan merkezi sinir sisteminde çeşitli monoaminerjik aktarım bozukluklarının bulunduğu dair bulgular, duygudurum düzenlenmesinde aksamalara ve buna bağlı ortaya çıkan klinik belirtilere işaret etmektedir (Ventriglio vd., 2020).

4.2. Çevresel ve Psikososyal Etmenler

Çevresel ve psikososyal etmenler, SDB'nin ortaya çıkışı ve süreğenleşmesinde temel bir rol oynamaktadır. Erken çocukluk döneminde yaşanan duygusal ihmal, istismar ve reddedilme gibi olumsuz yaşantılar, SDB'nin gelişiminde önemli risk etmenleri arasında yer almaktadır (Frick vd., 2021). Süreğen Depresif Bozukluk ile ilişkili diğer önemli etmenler arasında kronik stres, sosyal izolasyon ve sosyal destek eksikliği bulunmaktadır (Sansone ve Sansone, 2009). Güncel araştırmalar, SDB sıklığının genetik ya da nörobiyolojik etmenlerden ziyade çevresel koşullar ve psikososyal stresörlerden daha güçlü biçimde etkilendiğine işaret etmektedir (Schramm vd., 2020).

SDB'li bireylerde bilişsel çarpıtmaların ve işlevsel olmayan düşünce örüntülerinin yaygın olduğu gösterilmiştir. Bu örüntüler, sosyal durumların sistematik biçimde olumsuz değerlendirilmesi ve içselleştirilmiş olumsuz beklentilerin ısrarla sürdürülmesiyle karakterizedir. Erken dönem uyumsuz şemalar –özellikle kopukluk ve reddedilme, bozulmuş özerklik ve performans, aşırı tetikte olma alanları– SDB'de belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Nitekim Chen ve arkadaşları (2019), SDB tanılı bireylerin bu özgül şema alanlarında daha yüksek puanlar aldığını göstermiş; bulgular, kalıcı depresif örüntüye zemin hazırlayan derin yerleşik olumsuz benlik algıları ve beklentilere işaret etmiştir.

Söz konusu şemalar, öğrenilmiş çaresizliği ve olumsuz benlik şemalarını besleyerek bireylerin olumsuz sonuçları öngörmesine ve kendi yeterliklerinden kuşku duymasına yol açabilmektedir. Bu bağlamda, SDB'nin süreğen niteliği, benliğe ve dünyaya ilişkin olumsuz bakışı sürdüren bu kökleşmiş bilişsel şemaların ve çarpıtmaların devamlılığıyla yakından ilişkili görünmektedir. SDB'nin etiyojisinin kapsamlı

biçimde anlaşılabilmesi, biyolojik, psikolojik ve toplumsal etmenlerin çok boyutlu ve dinamik etkileşiminin ayrıntılı olarak tanımlanmasını gerektirmektedir.

5. KOMORBİDİTE

Süreğen Depresif Bozukluk (SDB) sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar ve kronik tıbbi durumlarla birlikte görülmektedir. Literatür, SDB tanılı hastaların en az %75’inde kronik bir fiziksel hastalık ya da başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiğini göstermektedir (Harvard Sağlık Yayınları, 2005). En yaygın komorbid durumlar aşağıda özetlenmektedir:

5.1. Majör Depresif Bozukluk (MDB)

SDB tablosu üzerine eklenen majör depresif epizod, literatürde “çifte depresyon” olarak adlandırılmaktadır. Doğal izlem çalışmaları, SDB’de yinleme (nüks) ve tanısal dönüşüm oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Klein, Shankman ve Rose, 2006). SDB’ye özgü, yaşamdan sürekli hoşnutsuzluk ve derin bir boşluk duygusu, bireyin neşe ve anlam sağlayabilecek yaşantılarla etkileşimini azaltmakta ve çifte depresyon için elverişli bir zemin oluşturmaktadır (Melrose, 2017).

Klein ve arkadaşlarının (2006) on yıllık takip çalışması, SDB tanılı hastaların %95’inin yaşamlarının bir döneminde majör depresif epizod geçirdiğini göstermiştir. Çifte depresyonu olan hastalar, diğer depresyon türlerine sahip hastalara oranla belirgin biçimde daha yüksek umutsuzluk düzeyleri bildirme eğilimindedir (Science Daily, 2007). Çifte depresyonun tedavisi özellikle güçtür; çünkü hastalar majör depresif belirtileri çoğu zaman kişiliklerinin doğal bir parçası veya kontrolleri dışında, değişmez bir yaşam biçimi olarak algılamakta, bu da yardım arama davranışını geciktirerek tedaviye yanıtı olumsuz etkileyebilmektedir (WebMD, 2012).

5.2. Anksiyete Bozuklukları

Panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) başta olmak üzere çeşitli anksiyete bozuklukları SDB’ye sık eşlik etmektedir. Özellikle klinik örneklerde komorbidite oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Klein ve Kotov, 2016; APA, 2022). Bu eş tanılar, belirtilerin şiddetini artırarak tedavi sürecini ve klinik izlemi karmaşıklarabilmektedir.

5.3. Kişilik Bozuklukları

SDB’de eş tanı olarak en sık kaçınan ve bağımlı kişilik örüntüleri bildirilmektedir; bazı çalışmalarda borderline ve histriyonik kişilik özelliklerinin de SDB ile ilişkili olabileceği rapor edilmiştir (APA, 2022). Klein ve Kotov’un (2016) yaptıkları deneysel araştırmada, SDB’de kişilik bozuklukları komorbiditesinin anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir. Bu eş tanılar, ayırıcı tanıyı ve tedavi planlamasını güçleştirerek klinik gidişi ve prognozu belirgin biçimde olumsuz etkilemektedir.

5.4. Somatoform Bozukluklar

SDB ile somatoform belirtiler arasındaki ilişki de dikkat çekicidir. Kronik ağrı, kardiyometabolik hastalıklar, gastrointestinal işlevsel bozukluklar ve uyku/ritim bozukluklarının SDB tanılı bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (APA, 2022). Bu tür bedensel yakınmalar, kimi zaman depresif belirtilerin üstünü örterek tanının gecikmesine yol açabilmektedir.

5.5. Madde Kullanım Bozuklukları

Madde kullanım bozuklukları, özellikle de alkol kullanım bozukluğu (AKB), SDB ile sık birlikte görülen tablolardandır. Olumsuz duygulanımla başa çıkma amacıyla alkol kullanan AKB hastalarında, iyileşme sonrasında dahi süreğen depresif belirtilerin görülme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, AKB ile SDB’nin birlikte görüldüğü bireylerde, alkol kullanımını bir duygu düzenleme aracı olarak hedeflemenin yanı sıra depresif belirtilerin de ayrıntılı biçimde değerlendirilmesi ve müdahale planlarına dâhil edilmesi gerektiğine işaret etmektedir (Kurihara vd., 2024; Sansone ve Sansone, 2009). SDB ve eşlik eden komorbid bozukluklar, psikolojik dayanıklılığı aşındırarak gündelik stresörlerle başa çıkmayı güçleştirmekte ve yaşam kalitesinde ek bir azalmaya yol açmaktadır.

6. RİSK FAKTÖRLERİ

Süreğen Depresif Bozukluk’un (SDB) inatçı seyri, yalnızca duygudurumu değil, aynı zamanda gündelik yaşamın bütününe olumsuz etkilemektedir. İşlevsellik açısından bakıldığında kronik depresif belirtiler akademik ve mesleki başarıda belirgin ve kalıcı bir düşüşe yol açmakta; enerji ve dikkat düzeylerinde azalma ile birlikte motivasyon kaybı ve harekete geçme güçlüğü sıkça gözlenmektedir. Bu durum, istikrarlı

bir performans sergilemeyi ve eğitim ya da kariyer basamaklarında ilerlemeyi ciddi biçimde engellemektedir (Nubel vd., 2020).

Süreğen Depresif Bozukluk genellikle çocukluk, ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde başlayarak uzun süre devam eden bir seyir göstermektedir. SDB geliştirme ya da depresif belirtilerin kalıcı bir örüntü hâline gelme riskini artıran çeşitli bireysel ve çevresel etmenler bulunmaktadır. Bu risk faktörleri arasında şunlar yer almaktadır (Frick vd., 2021):

- Ebeveyn veya kardeş gibi birinci dereceden biyolojik akrabalarda duygudurum bozukluğu tanısının bulunması,
- Sevilen birinin kaybı, büyük maddi sorunlar, ayrılık, travmatik yaşantılar gibi yoğun stres yaratan yaşam olayları,
- Düşük öz saygı, aşırı bağımlı olma eğilimi, belirgin öz eleştirelilik ve “daima en kötüsünün olacağı” yönünde bilişsel bir yanlılık gibi olumsuz kişilik özellikleri,
- Kişilik bozuklukları başta olmak üzere, başka ruhsal bozuklukların eşlik etmesidir.

Bu risk etmenleri, hem SDB'nin ortaya çıkma olasılığını artırmakta hem de ortaya çıktıktan sonra bozukluğun kronikleşme ve yineleme eğilimini güçlendirmektedir.

7. KORUYUCU FAKTÖRLER

Süreğen Depresif Bozukluk'u (SDB) bütünüyle önlemenin kesin ve kanıtlanmış bir yolu olmamakla birlikte, bozukluğun ortaya çıkma riskini azaltmaya ve klinik etkilerini hafifletmeye yönelik kanıta dayalı çeşitli öneriler mevcuttur. SDB'nin çoğunlukla çocukluk çağında ortaya çıkması, risk altındaki çocukların erken dönemde tanımlanmasını ve izlenmesini kritik hâle getirmektedir (Mayo Clinic, 2018).

Genetik yatkınlığın belirgin rol oynadığı durumlarda bozukluğun bütünüyle engellenmesi her zaman mümkün olmasa da SDB'ye ilişkin risk farklı müdahale yaklaşımlarıyla azaltılabilir ve ruh sağlığı açısından koruyucu bir zemin oluşturulabilir. Etkili önleme stratejileri, bir yandan mümkün olduğunda değiştirilebilir risk etmenlerini hedeflerken, diğer yandan bireylerin stres ve yaşam güçlükleriyle başa çıkmasını kolaylaştıran koruyucu unsurları yapılandırmayı amaçlamaktadır. Erken müdahale ve yaşam tarzına yönelik düzenlemelerin, süreğen depresyonun hem ortaya çıkışını hem de seyrini anlamlı ölçüde iyileştirebildiği bildirilmektedir (Mathias vd., 2024). Bu çerçevede önleyici müdahaleler aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir:

7.1. Stres yönetimi becerilerinin geliştirilmesi: Etkili stres yönetimi ve başa çıkma becerilerinin güçlendirilmesi, SDB'ye zemin hazırlayan durumların önlenmesine önemli katkı sağlar. Bu süreç; zorlayıcı duygularla sağlıklı biçimde başa çıkmayı öğrenmeyi, sorun çözme becerilerini geliştirmeyi ve yaşamın kaçınılmaz zorluklarını daha yönetilebilir hâle getirmeyi içerir. Yargılayıcı olmayan bir biçimde şimdiki ana odaklanmayı temel alan farkındalık uygulamaları, gevşeme teknikleri ve olumsuz düşünceleri yeniden yapılandırmaya yönelik bilişsel stratejiler, duygusal dayanıklılığı artırabilmektedir. Bu becerilerin düzenli biçimde uygulanması, fiziksel egzersizin bedensel gücü artırmasına benzer şekilde, zihinsel dayanıklılığı pekiştirmektedir (Avecillas-Torres vd., 2025).

7.2. Psikolojik direncin artırılması ve fiziksel aktivite: Düzenli fiziksel aktivite, ruh sağlığı açısından çok yönlü yararlar sunmakta ve SDB'nin önlenmesi ile yönetiminde koruyucu bir rol oynamaktadır. Egzersiz, ruh hâlini iyileştiren, stres hormonlarını azaltan, öz saygıyı ve başarı duygusunu artırabilen endorfin ve diğer nörokimyasal maddelerin salınımını destekler. Yürüyüş, yüzme veya bahçe işleri gibi orta düzeyde fiziksel etkinlikler dahi klinik açıdan anlamlı yararlar sağlayabilmektedir. Bu tür egzersizler ayrıca uyku kalitesini artırmakta, enerji düzeylerini yükseltmekte ve grup hâlinde ya da başkalarıyla birlikte gerçekleştirildiğinde sosyal etkileşim için ek fırsatlar sunmaktadır (Otte vd., 2016).

7.3. Beslenme ve uyku düzeni: SDB açısından, işlenmiş gıdalar ile aşırı şeker ve alkol tüketiminden kaçınmak; meyve, sebze, tam tahıllar ve yağsız proteinler yönünden zengin, dengeli bir beslenme örüntüsü sürdürmek önem taşımaktadır. Yeterli ve düzenli uyku da bu çerçevede kritik bir bileşen olup, yetişkinlerin büyük bir bölümünün gecelik ortalama yedi- dokuz saat nitelikli uykuya gereksinim duyduğu bildirilmektedir. Buna ek olarak düzenli tıbbi kontroller SDB'den korunmaya dolaylı olarak katkı sağlayarak olası eş tanıların erken saptanmasına ve uygun biçimde tedavi edilmesine imkân tanır (Yasugaki vd., 2025).

7.4. Güçlü sosyal destek ağlarının oluşturulması: Güçlü ve güvene dayalı sosyal destek ağları, SDB'ye karşı en önemli koruyucu faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Aile, arkadaşlar ve topluluk üyeleriyle anlamlı ilişkiler sürdürmek; duygusal destek, zor zamanlarda pratik yardım ve aidiyet duygusu sağlayarak psikolojik dayanıklılığı güçlendirir. Sosyal açıdan daha yüksek düzeyde bağlılık hissedilen bireylerin, strese karşı daha dirençli oldukları ve depresyon düzeylerinin daha düşük seyrettiği gösterilmiştir. Burada kastedilen, çok sayıda yüzeysel ilişki değil, karşılıklı güvene, açıklığa ve sürekliliğe dayalı destekleyici bağlardır (Brent ve Maalouf, 2015). Bu koruyucu yaklaşımlar, SDB belirtilerinin ortaya çıkmasını tümüyle engellemese de semptomların başlamasını geciktirme, şiddetini azaltma ve yineleme riskini düşürme açısından önemli katkılar sağlayabilmektedir (Mayo Clinic, 2018).

8. TEDAVİ

8.1. Psikoterapi

Psikoterapi, Süreğen Depresif Bozukluk (SDB) tedavisinde etkili bir müdahale seçeneği olarak kabul edilmektedir. Cuijpers ve arkadaşlarının (2010) meta-analiz çalışması, psikoterapinin kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında küçük ancak istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte doğrudan karşılaştırma çalışmalarında psikoterapinin, SDB için uygulanan farmakoterapiye oranla belirgin biçimde daha az etkili bulunduğu bildirilmektedir.

8.1. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

DeneySEL olarak en kapsamlı biçimde incelenen psikoterapi türü Bilişsel Davranışçı Terapi'dir (BDT). BDT, kronik olmayan depresyon için oldukça etkili olmakla birlikte, kronik depresyon olgularında da anlamlı düzeyde yarar sağlayan bir yaklaşım olarak görülmektedir (Uher, 2014). BDT, özellikle olumsuz otomatik düşünceleri ve işlevsel olmayan inançları tanımlamaya ve bunları daha gerçekçi, uyumlu bilişsel şemalarla değiştirmeye odaklanır; böylece bireylere kendilerini, diğerlerini ve dünyayı yeniden değerlendirebilecekleri alternatif bir çerçeve sunar (Melrose, 2017).

8.1.1. Bilişsel Davranışçı Sistem Psikoterapisi (CBASP)

Bilişsel Davranışçı Sistem Psikoterapisi (CBASP), özellikle Süreğen Depresif Bozukluk'u tedavi etmek amacıyla geliştirilmiş, yapılandırılmış ve bütünleştirici bir psikoterapi modelidir. Keller ve arkadaşlarının (2000) çalışması, CBASP'nin SDB'de dikkate değer ölçüde yüksek tedavi yanıt oranları sağladığını göstermiştir. Bununla birlikte, daha sonraki geniş örneklemler bir çalışma, antidepresan tedaviye CBASP eklenmesinin yalnızca sınırlı düzeyde ek fayda sağladığını bildirmiştir (Kocsis vd., 2009). Bu bulgular, CBASP'nin özellikle belirli alt gruplarda veya farmakoterapi ile birlikte kullanıldığında daha avantajlı olabileceğine işaret etmektedir.

8.1.2. Diğer psikoterapi yaklaşımları

- **Şema Terapisi:** Çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili kronik depresyon olgularında umut verici sonuçlar bildirilmiştir. Şema terapi, erken dönem uyumsuz şemaların tanımlanması ve yeniden yapılandırılmasına odaklanarak SDB'ye zemin hazırlayan kalıcı olumsuz benlik algılarını hedef alır (Herts ve Evans, 2021).
- **Kişilerarası Psikoterapi (KPT):** Danışanın yakın ilişkileri, mevcut belirtilerle doğrudan ilişkili kişilerarası olaylar ve sosyal destek ağları üzerine odaklanan, süreyle sınırlı ve yapılandırılmış bir psikoterapi yaklaşımıdır. KPT, 1970'lerde depresyonun tedavisi amacıyla geliştirilmiş, başlangıçta ağırlıklı olarak klinik araştırma bağlamında uygulanmış, daha sonra farklı psikiyatrik bozukluklara ve çeşitli örneklemlere uyarlanmıştır (Kriston vd., 2014; Assmann vd., 2018; Ravindran vd., 2009; Wiersma vd., 2021).

8.2. Farmakoterapi

Süreğen Depresif Bozukluk'un (SDB) farmakolojik yönetimi, büyük ölçüde majör depresif bozukluk (MDB) için izlenen ilkelerle örtüşmektedir. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanlar (TCA) klinik uygulamada birinci basamak tedavi seçenekleri olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır. Ancak SDB'nin kronik ve sıklıkla tedaviye dirençli seyri, tam remisyona ulaşmayı güçleştirir. İyileşmenin yavaş ve kademeli olması, kalıntı belirtilerin sürmesi ve buna eşlik eden motivasyon kaybı, tedaviye uyumu zayıflatarak tedavinin erken sonlandırılması riskini artırmaktadır (Mathias vd., 2024). Bu nedenle SDB'de farmakoterapi planlanırken hastalığa bağlı uyum güçlükleri ve kalıntı belirti yükü mutlaka dikkate alınmalı; düzenli izlem ve destekleyici müdahaleler tedavi stratejisinin ayrılmaz bileşenleri olarak yapılandırılmalıdır.

Farmakoterapinin ilk basamağını çoğu zaman SSRI'lar oluşturur; çünkü geri döndürülemez monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI'ler) veya TCA'lara oranla genellikle daha iyi tolere edilmekte ve daha elverişli bir yan etki profili sunmaktadırlar. Araştırmalar, SDB tanılı hastalarda antidepresan ilaçlara ortalama yanıt oranının yaklaşık %55, plaseboya yanıt oranının ise %31 düzeyinde olduğunu göstermektedir (Baldwin vd., 1995).

En sık reçete edilen SSRI'lar arasında şunlar yer almaktadır:

- Essitalopram
- Sitalopram
- Sertralin
- Fluoksetin
- Paroksetin
- Fluvoksamin

Hastaların bu ilaçların terapötik etkilerini hissetmeye başlaması genellikle altı-sekiz haftayı bulmaktadır (Baldwin vd., 1995).

Ballesteros'un (2005) meta-analitik çalışması, SSRI'ların ve TCA'ların SDB tedavisinde benzer düzeyde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, MAOI'lerin SDB tedavisinde diğer antidepresanlara göre hafif bir üstünlük sağlayabileceği bildirilmekle birlikte, daha düşük tolere edilebilirlikleri ve olası yan etki profilleri nedeniyle klinik uygulamada genellikle ilk tercih olarak önerilmemektedir. Geçici kanıtlar, amisülpridin SDB tedavisinde kullanımını desteklemekte; ancak bu ilacın yan etki profilinin görece olarak daha yüksek olduğu da vurgulanmaktadır (Komossa vd., 2010).

8.3. Bütüncül Tedavi Yaklaşımı

Süreğen Depresif Bozukluk'ta etkili müdahale için bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi esastır. Aile eğitimi, okul temelli psikososyal destek programları, yaşam tarzı düzenlemeleri, uyku ve duygu düzenleme stratejileri ile tetikleyici faktörlerin düzenli izlenmesi; nüksü önlemeye yönelik idame tedavisinin temel bileşenlerini oluşturmaktadır (Thase, 1996). Yaşam tarzı etmenleri ve sosyal desteğin tedavideki rolü dikkate alındığında düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme ve yeterli uyku gibi sağlıklı alışkanlıkların desteklenmesi genel iyilik hâli açısından kritik önem taşımakta ve SDB üzerinde olumlu etkiler sağlayabilmektedir (Melrose, 2017).

Bununla birlikte, bozukluğun kronik seyri sosyal katılımı olumsuz etkileyebilmektedir. Aile ve akran desteği tedavi sürecinde önemli bir koruyucu faktör olmakla birlikte, SDB'ye sıklıkla eşlik eden kişilerarası ilişki zorlukları, söz konusu destek sistemlerinin oluşturulmasını ve sürdürülebilirliğini güçleştirebilmektedir (Frick vd., 2021).

Mevcut bulgular, farmakoterapi ve psikoterapinin kombinasyonunun tek başına farmakoterapiye kıyasla üstün etkililik gösterdiğini ortaya koymaktadır (Cuijpers vd., 2010; Mathias vd., 2024). Çeşitli çalışmalara göre, hastaların yaklaşık %75'i BDT ve farmakoterapi kombinasyonuna olumlu yanıt verirken yalnızca %48'lik bir kesim sadece BDT'ye veya yalnızca farmakolojik tedaviye yanıt vermektedir (Uher, 2014). Bozukluğun nedenlerini ve sürdürücü etmenlerini ele almak için psikoterapiyle çalışmak ve semptomları hafifletmek amacıyla antidepresan kullanmak, SDB hastaları için sıklıkla tercih edilen tedavi stratejisi olarak değerlendirilmektedir.

8.4. Tedavi Direnci ve Augmentasyon Stratejileri

Süreğen Depresif Bozukluk'un kronik yapısı nedeniyle tedaviye direnç oldukça yaygındır (Uher, 2014). Farmakoterapiye yanıtın yetersiz kaldığı olgularda, tedavi augmentasyonu (güçlendirme stratejileri) sık başvurulan bir yaklaşımdır. Augmentasyon stratejileri arasında şunlar yer almaktadır:

- Lityum eklenmesi
- Tiroid hormonu augmentasyonu
- Amisülprid
- Buspiron
- Bupropion
- Guanfacin
- Uyarıcı ilaçlar
- Mirtazapin

Ayrıca mevsimsel duygudurum bozukluğu komorbiditesi bulunduğu durumlarda, ışık tedavisinin antidepresan tedaviye eklenmesinin terapötik etkiyi artırmada yararlı olabileceği bildirilmiştir (Baldwin vd., 1995).

8.5. Devam ve İdame Tedavisi

Machmutow ve arkadaşlarının (2019) 840 katılımcıyı içeren on çalışmanın değerlendirildiği sistematik derlemesi, antidepresanlarla sürdürülen devam tedavisinin SDB'de yineleme (nüks) veya epizod tekrarlamasını önlemede etkili olabileceğini öne sürmüştür. Ancak, bu bulguların daha kesin sonuçlara varılabilmesi için ek çalışmalara gereksinim olduğunu da vurgulamaktadır. Benzer biçimde, devam eden psikoterapinin, tedavi uygulanmamasına kıyasla klinik açıdan yararlı olduğu kabul edilmekle birlikte, bu alandaki kanıtların henüz kesinlik düzeyine ulaşmadığı bildirilmektedir.

9. SONUÇ VE ÖNERİLER

9.1. Sonuç

Süreğen Depresif Bozukluk (SDB), kronik seyri, erken başlangıcı ve yaşam kalitesi üzerindeki derin etkileriyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. DSM-5'te distimi ve kronik majör depresyonun tek bir tanı kategorisi altında birleştirilmesiyle, bozukluğun kavramsal çerçevesi yeniden yapılandırılmış; bu değişiklik, kronik depresif durumların klinik gerçekliğini daha iyi yansıtan bir sınıflandırma sağlamıştır. Ancak bu kuramsal araştırmanın ortaya koyduğu üzere, SDB'nin tanı, değerlendirme ve tedavi süreçlerinde hâlâ önemli zorluklar bulunmaktadır.

SDB'nin etiyojisi multifaktöriyel bir yapı sergilemektedir. Genetik yatkınlık, nörobiyolojik düzensizlikler (özellikle monoaminerjik sistemdeki bozukluklar), erken dönem olumsuz yaşantılar, işlevsel olmayan bilişsel şemalar ve yetersiz sosyal destek sistemleri, bozukluğun gelişiminde ve süreğenleşmesinde etkileşimli roller üstlenmektedir. Bu çok boyutlu etkileşim, biyopsikososyal modelin SDB'yi anlamada ve tedavi etmede vazgeçilmez bir çerçeve sunduğunu göstermektedir.

Epidemiyolojik veriler, SDB'nin küresel düzeyde yaygın olduğunu ve özellikle kadınlarda, erken yaşta başlayanlarda ve aile öyküsü bulunanlarda daha sık görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bozukluğun sinsi başlangıcı ve görece hafif belirti şiddeti, hastaların ve hatta klinisyenlerin bu durumu "kişilik özelliği" olarak yorumlamasına yol açarak tanı gecikmelerine neden olmaktadır. Bu durum, SDB'nin gerçek prevalansının mevcut tahminlerin üzerinde olabileceğini düşündürmektedir.

Komorbidite, SDB'nin klinik tablosunu komplike hale gelmesi ve tedavi sonuçlarını olumsuz etkileyen kritik bir özelliktir. Majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının yüksek oranlarda eşlik etmesi, kapsamlı değerlendirme ve bütüncül tedavi yaklaşımlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Özellikle "çifte depresyon" olarak adlandırılan, SDB üzerine eklenen majör depresif epizodlar, tedavi direncini artırmakta ve öngörü durumunu kötüleştirmektedir.

Tedavi açısından bakıldığında hem farmakoterapi hem de psikoterapi SDB'de etkili müdahaleler olarak öne çıkmaktadır. SSRI'lar güvenlik profilleri nedeniyle birinci basamak farmakolojik tedavi olarak tercih edilmekte, ancak tedaviye yanıt oranları (%55) majör depresif bozukluğa göre daha düşük kalmaktadır. Psikoterapi alanında, özellikle SDB için geliştirilmiş CBASP, BDT ve şema terapisi gibi yaklaşımlar umut verici sonuçlar göstermektedir. Mevcut kanıtlar, farmakoterapi ve psikoterapinin kombinasyonunun tek başına uygulanan tedavilerden daha etkili olduğunu tutarlı biçimde ortaya koymaktadır.

SDB'nin kronik doğası ve tedaviye direnç gösterme eğilimi, klinisyenler için süregelen bir meydan okuma oluşturmaktadır. Tedavi augmentasyonu, uzun süreli idame tedavisi ve psikososyal müdahalelerin entegrasyonu, tedavi başarısını artırmak için gerekli görünmektedir. Ancak bu alanlarda yüksek kaliteli, uzun süreli takip çalışmalarına olan ihtiyaç devam etmektedir.

9.2. Öneriler

9.2.1. Klinik Uygulama İçin Öneriler

Erken Tanı ve Müdahale: SDB'nin erken yaşlarda başladığı ve sinsi bir seyir izlediği göz önünde bulundurularak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve okul temelli tarama programlarında SDB'ye yönelik farkındalık artırılmalıdır. Özellikle risk faktörlerine (aile öyküsü, erken dönem travma, kronik stres) sahip çocuk ve ergenlerin düzenli olarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Kapsamlı Değerlendirme: SDB tanısı alan her hastada komorbid psikiyatrik bozukluklar, kişilik özellikleri, tıbbi hastalıklar ve psikososyal stresörler sistematik olarak değerlendirilmelidir. Bu kapsamlı değerlendirme, bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulmasına olanak sağlayacaktır.

Kombine Tedavi Yaklaşımı: Mevcut kanıtlar ışığında, SDB tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapinin kombinasyonu standart uygulama olarak benimsenmelidir. Tedavi seçiminde hastanın tercihleri, komorbid durumlar ve önceki tedavi yanıtları dikkate alınmalıdır.

Uzun Süreli İzlem: SDB'nin kronik doğası ve yüksek nüks oranları nedeniyle, akut tedaviye yanıt veren hastalarda bile uzun süreli idame tedavisi ve düzenli izlem planlanmalıdır. İdame tedavisinin süresi bireysel olarak belirlenmelidir.

Psikososyal Müdahalelerin Entegrasyonu: Tedavi planlarına düzenli fiziksel aktivite, uyku hijyeni, beslenme danışmanlığı, stres yönetimi ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi gibi yaşam tarzı müdahaleleri sistematik olarak dahil edilmelidir.

Aile ve Çevre Eğitimi: Özellikle erken başlangıçlı SDB vakalarında, aile üyelerinin ve yakın çevrenin bozukluk hakkında eğitilmesi, tedaviye uyumu artırabilir ve sosyal desteği güçlendirebilir.

9.2.2. Araştırma İçin Öneriler

Etiyolojik Araştırmalar: SDB'nin biyolojik, psikolojik ve sosyal etiyojisini daha iyi anlamak için gen-çevre etkileşimlerini, nörobiyolojik mekanizmaları ve gelişimsel boyutları inceleyen boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle erken dönem risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi, önleme programlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Tedavi Etkinliği Çalışmaları: Farklı psikoterapi yaklaşımlarının (CBASP, şema terapisi, kişilerarası psikoterapi) ve farmakolojik stratejilerin karşılaştırmalı etkinliğini değerlendiren, yeterli örneklem büyüklüğüne sahip randomize kontrollü çalışmalar yürütülmelidir. Ayrıca, tedaviye dirençli vakalarda augmentasyon stratejilerinin sistematik olarak araştırılması gerekmektedir.

Komorbidite Araştırmaları: SDB ile sıklıkla birlikte görülen diğer psikiyatrik bozukluklar arasındaki nedensel ilişkilerin, ortak etiyojik faktörlerin ve tedavi etkileşimlerinin anlaşılması için ileri düzey araştırmalar yapılmalıdır.

Önleme Programları: Risk altındaki popülasyonlarda (örneğin, aile öyküsü olan çocuklar, erken dönem travma yaşayanlar) SDB'yi önlemeye yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi öncelikli araştırma alanları arasında yer almalıdır.

Kültürlerarası Çalışmalar: SDB'nin farklı kültürel bağlamlardaki görünümü, prevalansı ve tedavi yanıtını inceleyen çok merkezli, kültürlerarası araştırmalar, bozukluğun evrensel ve kültüre özgü yönlerinin anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Yaşam Kalitesi ve İşlevsellik Araştırmaları: SDB'nin akademik, mesleki, sosyal ve genel yaşam kalitesi üzerindeki uzun vadeli etkilerini inceleyen ve bu alanlardaki iyileşmeyi hedefleyen müdahalelerin etkinliğini değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır.

9.2.3. Sağlık Politikası İçin Öneriler

Farkındalık Kampanyaları: SDB'nin toplumsal farkındalığını artırmak, stigmatı azaltmak ve yardım arama davranışını teşvik etmek için ulusal düzeyde halk sağlığı kampanyaları düzenlenmelidir.

Erişilebilir Tedavi Hizmetleri: SDB'nin kronik doğası ve uzun süreli tedavi gereksinimleri göz önünde bulundurularak uygun maliyetli ve erişilebilir psikoterapi ve farmakoterapi hizmetlerinin sağlanması için sağlık politikaları geliştirilmelidir.

Eğitim Programları: Birinci basamak sağlık çalışanları, okul psikolojik danışmanları ve diğer ilgili profesyoneller için SDB'nin tanınması, değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda sürekli eğitim programları oluşturulmalıdır.

Entegre Bakım Modelleri: SDB'nin çok boyutlu doğası nedeniyle, psikiyatri, psikoloji, sosyal hizmet ve birinci basamak sağlık hizmetlerini bütünleşmiş eden bakım modellerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması desteklenmelidir.

Süreğen depresif bozukluk; karmaşık etiyojisi, kronik seyri ve yaşam kalitesi üzerindeki derin etkileriyle klinik uygulama, araştırma ve sağlık politikası düzeylerinde sürekli dikkat ve yenilikçi yaklaşımlar gerektiren önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Bu kuramsal araştırmanın ortaya koyduğu bilgi birikimi ve öneriler, SDB'li bireylere daha etkili hizmetler sunulması ve bu alandaki bilimsel anlayışın derinleştirilmesi yönünde önemli adımlar atılmasına katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Abdullaeva, V. K., & Nurkhodjaev, S. N. (2019). Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characteristics. *Journal of Research in health science*, 5, 67-72.
- American Psychiatric Association. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve istatistiksel el kitabı* (5. baskı). American Psychiatric Publishing.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2022). Depresif bozukluklar. *Ruhsal bozuklukların tanıs ve istatistiksel el kitabı* (5. baskı, metin revizyonu) içinde. American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.x04_Depressive_Disorders
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., & Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to the effectiveness of treatment. *Bulletin of the world Health Organization*, 78(4), 446.
- Assmann, N., Schramm, E., Kriston, L., Hautzinger, M., Härter, M., Schweiger, U., & Klein, J. P. (2018). Moderating effect of comorbid anxiety disorders on treatment outcome in a randomized controlled psychotherapy trial in early-onset persistently depressed outpatients. *Depression and Anxiety*, 35(10), 927–935. <https://doi.org/10.1002/da.22839>
- Avecillas-Torres, I., Herrera-Puente, S., Galarza-Cordero, M., Coello-Nieto, F., Farfán-Pacheco, K., Alvarado-Vanegas, B., ... & Espinoza-Figueroa, F. (2025). Nature tourism and mental well-being: Insights from a controlled context on reducing depression, anxiety, and stress. *Sustainability*, 17(2), 654.
- Baldwin, D., Rudge, S., & Thomas, S. (1995). Dysthymia. *CNS Drugs*, 4(6), 422–431. <https://doi.org/10.2165/00023210-199504060-00005>
- Ballesteros, J. (2005). Orphan comparisons and indirect meta-analysis: A case study on antidepressant efficacy in dysthymia comparing tricyclic antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors, and monoamine oxidase inhibitors by using general linear models. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 127–131. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000155826.05327.c1>
- Bellino, S., Patria, L., Ziero, S., Rocca, G., & Bogetto, F. (2001). Clinical features of dysthymia and age: A clinical investigation. *Psychiatry Research*, 103(2–3), 219–228. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(01\)00274-8](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00274-8)
- Brent, D., & Maalouf, F. (2015). Depressive disorders in childhood and adolescence. In *Rutter's child and adolescent psychiatry* (pp. 874–892).
- Brody, J. (1995). Dysthymia: Help for chronic sadness. *The New York Times*, C8.
- Cassano, G. B., Maggini, C., & Akiskal, H. S. (2017). Short-term subchronic and chronic sequelae of affective disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 6, 55–68.
- Chen, J.-L., Huang, Y.-H., Chen, H.-C., Tu, P.-C., & Chen, C.-H. (2019). Early maladaptive schemas and their association with persistent depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 93, 13–18. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.04.006>
- Thase, M. E., Fava, M., Halbreich, U., Kocsis, J. H., Koran, L., Davidson, J., ... & Harrison, W. (1996). A placebo-controlled, randomized clinical trial comparing sertraline and imipramine for the treatment of dysthymia. *Archives of General Psychiatry*, 53(9), 777-784.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>
- Duggal, D., Fertuck, E. A., & Huprich, S. K. (2021). Sosyal işlev bozukluğu alanı karmaşık depresif bozukluklarda. In G. de la Parra, P. Dagnino, & A. Behn (Eds.), *Depresyon ve kişilik işlev bozukluğu: Bütünsel bir işlevsel alanlar perspektifi* (pp. 123–144). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70699-9_5
- Frick, A., Thinnes, I., Hofmann, S. G., Windmann, S., & Stangier, U. (2021). Reduced social connectedness and compassion toward close others in patients with chronic depression compared to a non-clinical sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 608607. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.608607>

- Goodman, S. H., Schwab-Stone, M., Lahey, B. B., Shaffer, D., & Jensen, P. S. (2000). Major depression and dysthymia in children and adolescents: Discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(6), 761–770. <https://doi.org/10.1097/00004583-200006000-00015>
- Harvard Sağlık Yayınları. (2005). Dysthymia. *Harvard Mental Health Letter*.
- Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema therapy for chronic depression associated with childhood trauma: A case study. *Clinical Case Studies*, 20(1), 22–38. <https://doi.org/10.1177/1534650120954275>
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression—a systematic review. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 1-13.
- Ishizaki, J., & Mimura, M. (2011). Dysthymia and apathy: Diagnosis and treatment. *Depression Research and Treatment*, 2011, 893905. <https://doi.org/10.1155/2011/893905>
- Ivanets, N. N., Kinkul’kina, M. A., Tikhonova, Y. G., & Izyumina, T. A. (2016). Venlafaxine in the treatment of moderate and severe depression: approaches to increasing treatment efficacy. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 46(5), 529-533.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russell, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462–1470. <https://doi.org/10.1056/NEJM200005183422001>
- Klein, D. N., & Kotov, R. (2016). Persistence of depression in a 10-year prospective study: Evidence for a qualitatively distinct subtype. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(3), 337–348. <https://doi.org/10.1037/abn0000147>
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 872–880. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.872>
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., Keller, M. B., Leon, A. C., Wisniewski, S. R., Arnow, B. A., Markowitz, J. C., & Thase, M. E. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(11), 1178–1188. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.144>
- Komossa, K., Depping, A. M., Gaudchau, A., Kissling, W., & Leucht, S. (2010). Second-generation antipsychotics for major depressive disorder and dysthymia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(12), CD008121. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008121.pub2>
- Köhler, S., Chrysanthou, S., Guhn, A., & Sterzer, P. (2019). Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and Anxiety*, 36(1), 18–30. <https://doi.org/10.1002/da.22835>
- Kriston, L., von Wolff, A., Westphal, A., Hölzel, L. P., & Härter, M. (2014). Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: A network meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 31(8), 621–630. <https://doi.org/10.1002/da.22236>
- Kurihara, K., Shinzato, H., Takaesu, Y., & Kondo, T. (2024). Drinking behavior patterns may be associated with persistent depressive symptoms after alcohol abstinence in alcohol use disorder. *Neuropsychopharmacology Reports*, 44, 381–388. <https://doi.org/10.1002/npr2.12429>
- Machmutow, K., Meister, R., Jansen, A., Kriston, L., Watzke, B., Härter, M. C., & Liebherz, S. (2019). Comparative effectiveness of continuation and maintenance treatments for persistent depressive disorder in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(5), CD012855. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012855.pub2>
- Mathias, L., Quagliato, L. A., Carta, M. G., Nardi, A. E., & Cheniaux, E. (2024). The many faces of chronic depression: A systematic review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 128, 110837. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2023.110837>
- Mayo Clinic. (2018, Aralık). Persistent depressive disorder (dysthymia). <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/persistent-depressive-disorder/symptoms-causes/syc-20350929>

- Melrose, S. (2017). Persistent depressive disorder or dysthymia: An overview of assessment and treatment approaches. *Open Journal of Depression*, 6(1), 1–13. <https://doi.org/10.4236/ojd.2017.61001>
- Niculescu, A. B., & Akiskal, H. S. (2001). Proposed endophenotypes of dysthymia: Evolutionary, clinical and pharmacogenomic considerations. *Molecular Psychiatry*, 6(4), 363–366. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000906>
- Nubel, J., Schütz, A.-L., Mainzer, M., Kriston, L., Härter, M., & Brakemeier, E.-L. (2020). Comparison of patients with persistent depressive disorder and episodic major depression in an epidemiological sample. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 573839. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.573839>
- Ravindran, A. V., Smith, A., Cameron, C., Bhatla, R., Cameron, I., Georgescu, T. M., & Hogan, M. J. (2009). Toward a functional neuroanatomy of dysthymia: A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.009>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2009). Dysthymic disorder: Forlorn and overlooked? *Psychiatry*, 6(5), 46–50.
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 801–812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)
- Science Daily. (2007, 26 Temmuz). Double depression: Hopelessness a key component of mood disorder.
- Selph, S. S., & McDonagh, M. S. (2019). Depression in children and adolescents: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, 100(10), 609–617.
- Silver, J., Olino, T. M., Carlson, G. A., & Klein, D. N. (2020). Offspring of mothers with histories of chronic and non-chronic depression: Symptom trajectories from ages 6 to 15. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 601779. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.601779>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 2(1), 1-20.
- Struck, N., Gärtner, T., Kircher, T., & Brakemeier, E.-L. (2020). Social cognition and interpersonal problems in persistent depressive disorder vs. episodic depression: The role of childhood maltreatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 608795. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.608795>
- Turner, S. M., Hersen, M., & Beidel, D. C. (Eds.). (2007). *Adult psychopathology and diagnosis* (5. baskı). John Wiley & Sons.
- Uher, R. (2014, 31 Temmuz). Persistent depressive disorder, dysthymia, and chronic depression: Update on diagnosis and treatment. *Psychiatric Times*, 31(8), 1–3.
- Ventriglio, A., Bhugra, D., Sampogna, G., Luciano, M., De Berardis, D., Sani, G., et al. (2020). From dysthymia to treatment-resistant depression: Evolution of a psychopathological construct. *International Review of Psychiatry*, 32(5–6), 471–476.
- Visentini, C., Cassidy, M., Bird, V. J., & Priebe, S. (2018). Social networks of patients with chronic depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 241, 571-578.
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... Murray, C. J. L. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)
- WebMD. (2012). Double depression: Definition, symptoms, treatment, and more.
- Wiersma, J., Klein, P., Schramm, E., Furukawa, T., & Favorite, T. (2021). Editorial: CBASP in the treatment of persistent depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 804602. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.804602>
- Yasugaki, S., Okamura, H., Kaneko, A., & Hayashi, Y. (2025). Bidirectional relationship between sleep and depression. *Neuroscience Research*, 211, 57–64.