



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AYAKTAN PSİKIYATRİ HASTALARINDA MİZOFONİ
SIKLIĞI, KOMORBİDİTESİ VE SOSYO-DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

NURULLAH YAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ

2022-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AYAKTAN PSİKİYATRİ HASTALARINDA MİZOFONİ
SIKLIĞI, KOMORBİDİTESİ VE SOSYO-DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

NURULLAH YAVAŞ

UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ

2022-SAKARYA

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22/09/2020 tarihinde onay alarak hazırlanmıştır.

Tarih:22/04/2022

DR. Nurullah Yavaş

İmza

TEŞEKKÜR

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan, gelişimimi her zaman destekleyen ve üzerimde çok büyük emekleri olan değerli hocalarım Prof. Dr. Atila Erol, Prof. Dr. Ali Savaş Çilli, Prof. Dr. Esra Yazıcı ve Doç. Dr. Ahmet Bülent Yazıcı'ya,

Tez sürecimin başından beri her aşamada bana göstermiş olduğu yoğun destek, emek ve yardımları için minnettar olduğum değerli tez hocam Prof. Dr. Ali Savaş Çilli'ye,

Tez sürecim boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen değerli dostlarım Dr. Gökhan Oturak ve Dr. Esra Şen'e, dört yıllık eğitim süresi içerisinde çalışma fırsatı yakaladığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri Kliniği Kadın, Erkek, AMATEM servislerinde ve poliklinik sürecinde birlikte çalıştığım hemşire, sekreter ve yardımcı sağlık personeline,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, her zaman destekleriyle yanımda olan kıymetli aileme,

Her daim yanımda olan, sevgisiyle hayatımı güzelleştiren ve ona anlam katan biricik eşim Hanife'ye ve sayesinde kazandığım ikinci aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Dr. Nurullah Yavaş

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tanım ve Tarihçe	2
2.2. Epidemiyoloji	2
2.3. Etiyoloji	3
2.4. Mizofoni Kliniği	4
2.4.1. İşlevselliğin etkilenmesi	5
2.5. Başlangıç Yaşı ve Seyri	6
2.6. Sınıflandırma ve Tanı	6
2.7. Ayırıcı Tanı	9
2.8. Mizofoni ve Eşlik Eden Durumlar	11
2.9. Mizofoni Tedavisi.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	15
3.2 Araştırmanın Örneklemi	15

3.3 Uygulama.....	15
3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	16
3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri	16
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-2)	16
3.4.2. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) (Ek-3).....	16
3.4.3. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HAM-A) (Ek-4)	17
3.4.4. Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği (YBOKÖ) (Ek-5)	17
3.4.5. Global değerlendirme ölçeği (GAS) (Ek-6)	18
3.4.6. Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği (Ek-7)	18
3.4.7. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-BREF- TR) (Ek-8).....	18
3.4.8. Mizofoni belirti listesi (MBL) ve mizofoni toplam puanı (MTP) (Ek-9)	19
3.5. İstatiksel Analiz	19
4. BULGULAR	21
4.1. Sosyodemografik Özellikler	22
4.2. Mizofoni belirti listesi ve diğer ölçeklerle ilgili bulgular	41
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	49
5.1. Tartışma	49
5.1.1. Ayaktan psikiyatri hastalarında mizofoninin yaygınlığı	49
5.1.2. Mizofoni kliniği.....	52
5.1.3. Tetikleyici ses ve görüntülerin özellikleri.....	53
5.1.4. Başlangıç yaşı ve seyri	55
5.1.5. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları	55

5.1.6. Genetik yatkınlık	56
5.1.7. İlgörü ve tedavi arayışı	56
5.1.8. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar	57
5.1.9. Ailede psikiyatrik bozukluk yaygınlığı	59
5.1.10. Mizofoni şiddeti ile ilişkili bulgular	60
5.1.11. Anksiyete ve depresyon belirtileriyle ilişkisi	60
5.1.12. Başa çıkma davranışları.....	61
5.1.13. Mizofoni odyolojik bir hastalık mı?.....	61
5.1.14. Mizofoni yeni bir psikiyatrik bozukluk mu?	62
5.2. Sonuç	64
6. KAYNAKLAR	66
7. EKLER	72
7.1. EK-1: Sosyodemografik Veri Formu	72
7.2. EK-2: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)	80
7.3. EK-3: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A).....	83
7.4. EK-4: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ)..	85
7.5. EK-5: Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)	86
7.6. EK-6: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)	87
7.7. EK-7: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)	88
7.8. Ek 8: Mizofoni Belirti Listesi (MBL) ve Mizofoni Toplam Puanı (MTP)	90

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AIC: Anterior İnsular Korteks

AMİSOS-R: Amsterdam Misophonia Scale - Revised

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

CGİ: Klinik Global İzlenim Ölçeği

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DST: Düşük Ses Toleransı

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

f-MRG: İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme

GAS: Global Değerlendirme Ölçeği

HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

ICD: International Classification of Diseases and Related Health Problems

KB: Kişilik Bozukluğu

KBB: Kulak Burun Boğaz

KİDÖ: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

MBL: Mizofoni Belirti Listesi

MDB: Major Depresif Bozukluk

MTP: Mizofoni Toplam Puanı

MINI-Plus: International Neuropsychiatric Interview Plus

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

OSB: Otizm Spektrum Bozuklukları

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

SCID-5: Structured Clinical Interview for DSM-5

SCID-5-PD: The Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TRT: Tinnitus Yeniden Eğitim Tedavisi

WHOQOL-100: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Schröder tarafından önerilen mizofoni tanı ölçütleri (2013)	6
Tablo 2.2. Jager ve arkadaşlarının revize ettiği mizofoni tanı ölçütleri (2020)	7
Tablo 4.1. Ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilmeyen kişilerin dahil edilmeme nedenleri	21
Tablo 4.2. Araştırma örneklemini oluşturan ve araştırmaya dahil edilmeyen kişi sayıları	21
Tablo 4.3. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sosyodemografik özellikleri.....	23
Tablo 4.4. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sigara, alkol ve madde kullanım oranları.....	24
Tablo 4.5. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların kendi bildirimlerine göre fiziksel hastalık ve uyku sorunu oranları	24
Tablo 4.6. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların kendi bildirimine göre işitme durumu, kulak çınlaması ve çınlama nedenli KBB başvurusu oranları	25
Tablo 4.7. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların soy geçmişinde psikiyatrik hastalık ve mizofonik belirti varlığı oranları	26
Tablo 4.8. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların ses listesindeki rahatsız edici seslerden orta ve çok şiddette rahatsız olma oranları	27
Tablo 4.9. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların en çok rahatsız olduğu üç sesin sayı ve oranları	28

Tablo 4.10. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında çoğu zaman veya her zaman ortaya çıkan rahatsız edici duyguların oranları.....	29
Tablo 4.11. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan duyguların şiddetini “şiddetli-çok şiddetli” bildirenlerin oranları	29
Tablo 4.12. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan fiziksel belirtilerin sıklığını “çoğu zaman-her zaman” bildirenlerin oranları	30
Tablo 4.13. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan fiziksel belirtilerin şiddetini “şiddetli-çok şiddetli” bildirenlerin oranları.....	31
Tablo 4.14. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan başa çıkma ve kaçınma davranışlarını “çoğu zaman-her zaman” bildirenlerin oranları	32
Tablo 4.15. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının mizofoni belirtilerinin başlangıcı ve seyri ile ilişkili özellikler.....	33
Tablo 4.16. Ortaya çıkış sırasına göre ilk rahatsız olunan üç tetikleyici ses.....	34
Tablo 4.17. Mizofoni belirtilerini arttıran-azaltan faktörler, rahatsız olma durumunun sesi çıkaran kişiye göre değişimi ve tekrarlayan seslerin daha rahatsız edici olup olmadığı bilgileri.....	35
Tablo 4.18. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının tetikleyici seslerden rahatsız olmalarını arttıran ve azaltan durumlar ..	36
Tablo 4.19. Tetikleyici seslerden rahatsız olma durumunun kişiye göre değişimi oranlarının cinsiyete göre dağılımı.....	36

Tablo 4.20. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların görsel tetikleyicilerden rahatsız olma oranları ve varsa görsel tetikleyicilerin neler olduğu	37
Tablo 4.21. Mizofoni belirtilerinin değişik nedenlerle günlük yaşamı etkileme düzeyi oranlarının cinsiyete göre dağılımı.....	38
Tablo 4.22. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların iç görü durumları	38
Tablo 4.23. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların başvuru nedenleri	39
Tablo 4.24. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların DSM-5'e göre psikiyatrik tanıları.....	40
Tablo 4.25. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların psikiyatrik ilaç kullanım oranları.....	41
Tablo 4.26. Mizofoni Toplam Puanı ile olgulara uygulanan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri	41
Tablo 4.27. Eşlik eden psikiyatrik tanı konulmayan olguların Mizofoni Toplam Puanı ile uygulanan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri	42
Tablo 4.28. Psikiyatrik tanısı olmayan ve olan olguların uygulanan ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
Tablo 4.29. Sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlara göre MTP alt bölüm puan ortalamalarının karşılaştırılması	44
Tablo 4.30. Sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlara göre MTP alt bölüm puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 4.31. Başa çıkma ve kaçınma davranışlarını “çoğu zaman-her zaman” belirtenler ile daha az sıklıkta belirtenlerin ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunanların puan ortalamaları	48

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Jastreboff 2001 yılında bazı seslerden belirgin olarak rahatsız olma ve seslere karşı oluşan sinirlenme, bunaltı ve iğrenme gibi duygularla karakterize, mizofoni isimli yeni bir klinik durumu tanımladı. Daha önce odyoloji literatüründe bilinen bu durumun psikiyatrik bir bozukluk olabileceğine yönelik görüşler son yıllarda giderek arttı.

Bu çalışmada psikiyatrik tanı sınıflandırmasında yer almamakla birlikte giderek daha çok ilgi çeken, epidemiyolojisi, etiyolojisi, klinik görünümü ve tedavisi ile ilgili bilgilerin henüz çok yetersiz olduğu mizofoninin ayaktan psikiyatri hastalardaki yaygınlığı, belirti profili, sosyodemografik değişkenler ve diğer ruhsal hastalıklarla ilişkisini araştırmak hedeflendi.

YÖNTEM: Araştırmaya Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, psikiyatri polikliniğine başvuran, 1091 olgu dahil edildi. Jager ve ark. tarafından önerilen tanı ölçütlerine göre klinik görüşmeyle mizofoni tanısı konulan olgulara; SCID-5, SCID-5-PD, Sosyodemografik Veri Formu, HAM-D, HAM-A, YBOKÖ, GAS, KİDO ve WHOQOL-BREEF-TR uygulandı.

BULGULAR: Ayaktan psikiyatri hastalarında mizofoninin yaygınlığı %2,9 bulundu. En çok rahatsız olunan sesler yemek yeme/çiğneme ve ağız şapırdatma idi. Tetikleyicilerle karşılaşıldığında en sık öfke ve bunalma/daralma duyguları ortaya çıktı. Olguların %32,6'sında psikiyatrik eş tanı yoktu. En sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar major depresyon ve OKB; en çok tespit edilen kişilik bozuklukları ise sınırda kişilik bozukluğu ve OKKB oldu. Mizofoni şiddeti ile Ham-A, Ham-D ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Mizofoni şiddeti ile; GAS ve WHOQOL-BREEF-TR'nin Psikolojik Sağlık Alanı, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre Alanı-Global, Çevre Alanı-Kültüre Standardize ve Genel Sağlık Alanı alt parametreleri arasında negatif yönde korelasyon saptandı.

SONUÇ: Bulgularımız mizofoninin ayaktan psikiyatri hastalarında azınsanmayacak bir oranda bulunduğunu ve başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan hastalarda da bulunabildiğini gösterdi. Mizofoninin belirti profili, ortaya çıkardığı duygular, baş etme davranışları ve psikiyatrik durumlarla birlikteliği gibi bulgularımızın psikiyatrik sınıflama sistemlerinde yer alması tartışılan mizofoninin anlaşılmasında önemli katkılar sağlayacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Çınlama, düşük ses toleransı, epidemiyoloji, hiperakuzi, mizofoni.

ABSTRACT

Misophonia's Frequency, Comorbidity, and Relationship with Socio-Demographic Variables in Psychiatric Outpatients

INTRODUCTION AND AIM: In 2001, Jastreboff described a new clinical condition called misophonia, characterized by the feelings of being disturbed and annoyed by certain sounds and feeling irritated and depressed. The views considering this phenomenon-previously, known as a matter in the audiology literature may be a psychiatric disorder, have increased in recent years.

This study aimed to investigate the prevalence, symptom profile, sociodemographic variables, and relationship with other mental disorders of misophonia, which is not included in the classification of psychiatric diagnoses but attracts more and more attention.

MATERIALS AND METHODS: 1091 patients who applied to the psychiatry outpatient clinic of Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi have been involved in the study. According to the diagnostic criteria recommended by Jager et al., SCID-5, SCID-5PD, Sociodemographic Data Form, HAM-D, HAM-A, YBOKO, GAS, FAST, and WHOQOL-BREF-TR have been applied to the cases diagnosed with misophonia by clinical interview.

RESULTS: The prevalence of misophonia in outpatient psychiatric patients has been found to be 2.9%. The most disturbing sounds have been eating/chewing, and smacking. Anger and feelings of suffocation/constriction appeared most frequently when triggers were encountered. There was no comorbid psychiatric disorder in 32.6% of the cases. The most common comorbid psychiatric disorders were major depression (%23,9) and obsessive compulsive disorder (%10,9); the most detected personality disorders were borderline personality disorder (%15,2) and obsessive compulsive personality disorder (%10,9). A positive correlation was found between the severity of misophonia and the Ham-A, Ham-D, and Brief Functioning Rating Scale. A negative correlation was found between the severity of misophonia with GAS and with Psychological Health, Social Relations, Environmental-Global, Environmental-Cultural Standardized, and General Health areas of WHOQOL-BREF-TR.

CONCLUSION: Our findings showed that misophonia is found at a substantial rate in outpatient psychiatric patients and can also be found in patients not diagnosed with a comorbid psychiatric disorder. We think that our findings, such as the symptom profile of misophonia, its emotional responses, coping behaviors, and its association with psychiatric conditions, will contribute significantly to the understanding of misophonia, which has been argued to be included in psychiatric classification systems.

Keywords: Decreased sound tolerance, epidemiology, hyperacusis, misophonia, tinnitus.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çeşitli seslerden rahatsızlık duyma ve bu seslerle karşılaşıldığında çeşitli duygusal ve bazen fiziksel tepkiler verme olarak ifade edilen mizofoni ilk defa Jastreboff ve arkadaşları tarafından 2001 yılında tanımlanmıştır (Jastreboff ve Jastreboff, 2001). Yemek yeme ve çiğneme sesleri, ağız şapırdatma, sakız çiğneme, boğaz temizleme, höpürdetme, tekrarlayan sesler ve klavyeye ile yazı yazma sesleri mizofoni belirtileri gösteren bireylerin rahatsız olduğu seslere örnek olarak verilebilir (Jastreboff ve Jastreboff, 2001). Mizofonisi olanlar genelde çocukluk çağlarından beri bazı seslerden belirgin rahatsızlık duyar, bu sesi çıkaranlara karşı öfkeli ve sinirli tepkiler verir ya da ses nedeniyle birçok ortama giremezler (Schröder ve ark., 2013).

Son yıllarda mizofoni üzerine ilgi artmış ve bu konuda gittikçe artan sayıda çalışmalar yayınlanmaya başlanmıştır. Son çalışmalarda daha önce odyoloji literatüründe bilinen ve incelenen bu durumun psikiyatrik bir bozukluk olabileceğine yönelik bulgular sunulmuştur. Mizofoni tanısı DSM-5 veya ICD-10 sınıflandırmalarında halen yer almamaktadır. Schröder A. ve arkadaşları 2013 yılında 43 mizofonik semptom gösteren hastayla yaptıkları çalışma sonrasında mizofoni tanı ölçütlerini önerdiler (Schröder ve ark., 2013). Mizofoninin epidemiyolojisi, etiyolojisi, klinik görünümü ve tedavisi ile ilgili bilgiler henüz yetersizdir. Psikiyatri ve psikoloji alanında yeni tanınmaya başlayan mizofoniye sahip bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim gibi sosyodemografik özellikleri, belirti profilleri, diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği ve genetik yatkınlık gibi özelliklerinin araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda mizofoni belirtilerinin sıklığı, sosyodemografik değişkenler ve diğer ruhsal hastalıklarla ilişkisi, depresyon ve anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak hedeflenmiştir. Hayat kalitesini ciddi biçimde etkileyebildiğini klinik deneyimlerden bildiğimiz, ancak psikiyatri literatüründe az bilinen bu klinik durum ile ilgili önemli ve ayırt edici özellikleri ayrıntılı biçimde incelemek ve mizofoni ile ilgili gelişmekte olan literatüre katkıda bulunmak bu çalışmanın amaçlarındandır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Tarihçe

Mizofoni, Yunanca misos (nefret) ve fone (ses) kelimelerinden türetilmiştir ve sestene nefret etmek anlamına gelir. 1990'larda, odyolog Marsha Johnson ilk olarak "seçici ses duyarlılığı sendromunu" tanımladı (Bernstein ve ark., 2013). Pavel ve Margret Jastreboff 2000 yılında kulak çınlaması olsun veya olmasın çeşitli seslerden rahatsız olan bir grup hastayla ilgili gözlemlerini yayınladılar (Jastreboff, 2000). Bu hastalar ilginç bir şekilde hiperakuzinin klasik tanımlarına uymuyordu. Bu nedenle yazarlar ilk defa 2001 yılında, odyoloji literatüründe mizofoniyi yeni bir klinik durum olarak tanımladılar (Jastreboff ve Jastreboff, 2001). Mizofoni; belirli seslerden yoğun bir şekilde rahatsız olma ile karakterizedir ve buna rahatsız edici duygusal ve bazen fiziksel tepkiler eşlik eder (Jastreboff ve Jastreboff, 2001; Jastreboff ve Hazell, 2008). Jastreboff, mizofoni terimini tanıtmadan önce, durumu tanımlamak için yumuşak ses duyarlılığı semptomu, seçici ses duyarlılığı sendromu, azalmış ses toleransı ve ses öfkesi gibi farklı terimler vardı (Schwartz ve ark., 2011). Mizofonik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olan sesler, sosyal medya destek forumlarında ve yeni ortaya çıkan bilimsel literatürdeki araştırmacılar tarafından "tetikleyiciler" ve "mizofonik sesler" olarak adlandırılır. Benzer şekilde, tetikleyici seslere verilen tepkilere genellikle "mizofonik tepkiler" denir (Brout ve ark., 2018).

Mizofoni güncel psikiyatrik hastalık sınıflamalarında yer almamakla birlikte bazı araştırmacılar tarafından, belirtilerin mevcut sınıflama sistemlerindeki hiçbir psikiyatrik bozukluk ile tam olarak açıklanamadığı ve bu nedenle bir psikiyatrik bozukluk olarak değerlendirmesi önerilmektedir (Dozier ve ark., 2017; Jager ve ark., 2020; Schröder ve ark., 2013).

2.2. Epidemiyoloji

Bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmamış ve üzerinde fikir birliği olan tanı ölçütleri belirlenmemiş olmakla birlikte mizofoni ve yaygınlığı üzerine yapılan bazı araştırmalar vardır. Bu araştırmalarda araştırmacılar genel olarak birbirine benzemekle birlikte kısmen farklı ölçütleri kullanmışlardır.

Literatürde mizofoni sıklığı ve yaygınlığı ile ilgili yapılan bu araştırmalarda, klinik görüşmenin esas alındığı toplum temelli çalışmaya rastlanmamıştır. Genel popülasyonda mizofoni yaygınlığı ile ilgili çok az bilgi daha çok anket çalışmalarına dayanmaktadır. Mizofonin toplumda yaygınlığını araştıran görebildiğimiz kadarıyla ilk ve tek çalışma Kılıç ve arkadaşlarının yakın zamanda Ankara örnekleminde mizofoni yaygınlığını üzerine araştırmasıdır (Kılıç ve ark., 2021). Kılıç ve ark.'nın çalışması dışındaki yaygınlık çalışmaları üniversite öğrencilerinde ve klinik gruplarda yapılmıştır (Naylor ve ark., 2021; Siepsiak ve ark., 2020; Wu ve ark., 2014).

Kılıç ve arkadaşları kendi önerdikleri tanı ölçütlerine göre mizofonin toplumdaki yaygınlığını %12,8 buldular (Kılıç ve ark., 2021). Wu ve arkadaşlarının 483 psikoloji öğrencisini online anket ile taradığı çalışmada, mizofonik belirti gösterenlerin oranı %20 bulunmuştur (Wu ve ark., 2014). Başka bir çalışmada bir psikiyatri kliniğinde depresyon tanısı ile yatan hastalarda mizofoni yaygınlığı %8,5 bulunmuştur (Siepsiak ve ark., 2020). İngiltere'de Nottingham Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerini Amsterdam Mizofoni Ölçeği (Schröder ve ark., 2013) ile online olarak tarayan bir çalışmada, 336 öğrencinin %49,1'inin ölçek puanlarına göre anlamlı düzeyde mizofoniye sahip olduğu bildirilmiştir (Naylor ve ark., 2021). Görüldüğü gibi mizofoni yaygınlığı üzerine yapılan araştırmalar farklı tanı ölçütleri ve örneklemeler üzerinde ve farklı yöntemler kullanılarak yapıldığı için tutarsız bilgiler vermiştir.

2.3. Etiyoloji

Literatürde mizofoni, odyolojik, psikiyatrik, bilişsel-davranışsal ve nörolojik nedenler bağlamında değerlendirilir. Kendi başına bir hastalık olarak mı yoksa diğer hastalıkların bir semptomu olarak mı değerlendirileceği henüz netlik kazanmamıştır. Mizofoni etiyojisi hakkındaki bilgi henüz çok yetersizdir.

Bazı bulgular mizofonin kalıtsal bir etiyojiiye sahip olma olasılığını gösterir. Sanchez ve arkadaşları bir ailede, 3 kuşakta, toplamda 15 kişide mizofoni belirtileri olan bir vaka çalışması ile genetik faktörlerin önemli olabileceğini göstermişlerdir (Sanchez ve Silva, 2018). Danesh ve Aazh, kromozom kitleri kullanılarak genetik

analiz yapılan mizofoni hastalarında kromozom 5q34 anormalliklerinde artış bildirmiştir (Danesh ve Aazh, 2020).

Jastreboff ve Hazell, mizofonik bireylerde limbik sistem, otonom sinir sistemi ve işitme yolları arasındaki bağlantılarda patolojik bir artış olabileceğini ve bu durumun sese duygusal ve otonomik olarak aşırı tepki verilmesi şeklindeki mizofonik tepkiyi ortaya çıkarabileceğini öne sürdüler (Jastreboff ve Hazell, 2008). Jastreboff'ın modeline göre duyulan bir ses olumlu, olumsuz veya nötr uyarı olabilir. Ses ilk duyulduğu anda limbik sistemle etkileşim halinde bir alana kodlanır ve sesle tekrar karşılaşma durumunda bu kodlanmaya göre bir tepki verilir. Bu kodlanma zamanla değişebilir, örneğin önceden araba sesleri nötr uyarı iken trafik kazası geçirdikten sonra kişide korku/mutsuzluk gibi olumsuz duyguları uyandırabilir (Jastreboff ve Jastreboff, 2004).

Kumar ve arkadaşların yaptığı f-MRG çalışması mizofonik bireylerde tetik seslerin anterior insular korteksin (AIC) hiperaktivitesine ve bu bölgenin medial frontal, medial parietal ve temporal bölgelerle anormal fonksiyonel bağlantısına neden olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada AIC hiperaktivitesinin mizofonik bireylerde ortaya çıkan otonomik yanıtla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kumar ve ark., 2017). Başka bir f-MRG çalışmasında mizofoni belirtileri gösteren kişiler, tetikleyici seslere maruz kaldıklarında sol amigdala ve bilateral işitsel kortekste hiperaktivasyon gerçekleştiği ortaya konmuştur (San Giorgi, 2015).

2.4. Mizofoni Kliniği

Mizofoni belirli seslerin bireyde yoğun duygusal tepki ve otonomik uyarılmayı tetiklediği kronik bir durumdur (Edelstein ve ark., 2013). Sık rahatsız olunan tetikleyici seslere yemek yeme ve çiğneme sesleri, ağız şapırtısı, burun ve solunum sesleri, tekrarlayan sesler, sakız çiğneme, klavyede yazma sesleri örnek olarak verilebilir (Jager ve ark., 2020). Kişinin rahatsız olması ve olumsuz tepkisi, sesin şiddeti ile ilişkili değildir (Jastreboff ve Jastreboff, 2001). Mizofoni belirtisi gösteren kişilerin sesle karşılaştıklarında ortaya çıkan tepkileri, sesin deneyimlendiği belirli koşullara ve o sese ilişkin önceki değerlendirmelere bağlı olduğundan birbirinden farklıdır (Jastreboff ve Jastreboff, 2002). Bazı kişilerde tetikleyici seslere ek olarak bacak sallayan birini veya yemek yiyen birini görmek gibi görsel tetikleyiciler de

mizofonik yanıtı tetikleyebilir (Schröder ve ark., 2013). Görsel tetikleyicilerin genellikle işitsel tetikleyicilerle doğrudan ilişkili olduğu ve işitsel tetikleyicilerden daha az etkiye sahip oldukları ortaya konmuştur. Görsel ve işitsel uyaranlar aynı anda meydana geldiğinde (örneğin, sakız çiğneyen birini duymak ve görmek), mizofonik bireyler daha yoğun bir tepki bildirmektedir (Jager ve ark., 2020).

Mizofonisi olan kişiler tetikleyici sesleri duyduğunda öfke, iğrenme veya kaygı gibi güçlü duygular ortaya çıkar (Edelstein ve ark., 2013; Jastreboff ve Jastreboff, 2015). Bazı kişilerde tetikleyici seslere ve/veya görüntülere maruz kaldıklarında olumsuz duygulara ek olarak fiziksel belirtiler de ortaya çıkar. Fiziksel belirtiler sempatik sistem aktivasyonu ile ilişkilidir ve göğüste, kollarda, kafada veya tüm vücutta basınç hissi, çarpıntı, taşikardi, tansiyon yükselmesi, ateş yükselmesi veya nefes darlığı ortaya çıkan fiziksel belirtilere örnek verilebilir (Edelstein ve ark., 2013).

2.4.1. İşlevselliğin etkilenmesi

Yeni tanımlanan bu klinik durum, bazı bireyler için günlük işlevsellikte, mesleki, kişilerarası ve akademik alanlarda ciddi bozulmalara yol açabilir (Edelstein ve ark., 2013; Schröder ve ark., 2013; Wu ve ark., 2014). Mizofoni belirtisi gösteren kişiler, tetikleyici sesleri dinlemeye aşırı derecede odaklanmışlardır ve sese neden olacağını düşündükleri belirli durumlardan, insanlardan ve yiyeceklerden kaçınırlar. Nadiren sesi çıkaran kişiye saldırmak gibi fiziksel reaksiyonlar meydana gelir. Bununla birlikte kişi, tetikleyici sesinin ne zaman duyulacağından asla emin olmadığı için, genellikle bir endişe halinde yaşar (Edelstein ve ark., 2013).

Mizofoni belirtilerini yaşayan kişiler sıklıkla, tetikleyicilerin etkilerini olumsuz yönde güçlendiren başa çıkma ve kaçınma davranışlarına başvururlar. Sık kullanılan başa çıkma ve kaçınma davranışları; sesin olduğu ortamı terk etme, sesi duyabileceği yerlere girmeme, sesi çıkaran kişiyi uyarma, kulak tıkacı takma, sesi taklit etme, sesi bastırarak gürültü çıkarma olarak bildirilmiştir (Edelstein ve ark., 2013; Rouw ve Erfanian, 2018; Wu ve ark., 2014). Seslerin neden olduğu aşırı sıkıntıdan kaçınmak için aile veya arkadaşlarla ilişkilerini kestiğini bildirenler olmuştur (Taylor, 2017).

Psikiyatri polikliniğimize başvuran, obsesif-kompulsif bozukluk tanılı, ailesi ile yaşayan, 32 yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 yıldır ailesi ile yemek yiyemediğini, düğünlere, toplu yemeklere katılamadığını, insanlarla birlikte yemek yerken çıkan

seslerin verdiği rahatsızlığa dayanamadığını belirtti. Bu vakada ve mizofonik tetikleyici seslerin verdiği rahatsızlık sebebiyle devamlı kulak tıkacı takan veya sağır olmak isteğiyle kulak burun boğaz hekimine başvuran vaka bildirimlerinde olduğu gibi, seslerden rahatsız olmanın günlük yaşama etkisi bazen çok ciddi boyutlara varabilir (Veale, 2006).

2.5. Başlangıç Yaşı ve Seyri

Mizofoni ile ilgili son zamanlarda daha sistematik çalışmalar yapılmış olsa da, büyük ölçekli toplum çalışmalarına halen ihtiyaç vardır. Literatür incelendiğinde belirtilerin çoğunlukla çocukluk ya da ergenlik çağlarında başladığı görülmektedir (Cavanna ve Seri, 2015; Edelstein ve ark., 2013; Schröder ve ark., 2013). Jager I. ve arkadaşları mizofoni belirtileri gösteren 575 kişi ile yaptıkları çalışmada, başlangıç yaşını ortalama 13.17 ± 7.37 bulmuşlardır (Jager ve ark., 2020). Aynı çalışmada başlangıç yaşı açısından kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadığı ortaya konmuştur.

Mizofoni seyriyle bilgiler çok yetersizdir. Sınırlı sayıdaki çalışmaya göre ergenlik çağlarında başlayan ve devam eden, kronik bir seyir söz konusudur . Ancak belirtilerin bu seyir boyunca değişkenliği ve sonlanımıyla ilgili yeterli veri yoktur (Taylor, 2017).

2.6. Sınıflandırma ve Tanı

Mizofoni DSM ve ICD tanı sınıflandırma sistemlerinde yer almamaktadır. Son yıllarda bu konuya artan ilgiyle birlikte gittikçe artan sayıda çalışmalar yayınlanmaya başlamasına karşın henüz mizofoninin tanı ölçütleri üzerinde bir fikir birliği oluşmamıştır (Edelstein ve ark., 2013; Jager ve ark., 2020; Wu ve ark., 2014). Schröder ve arkadaşları 42 mizofoni belirtisi gösteren hastayla yaptıkları çalışma sonucunda mizofonin psikiyatrik bir hastalık olduğunu iddia ederek, ilk defa mizofoni için aşağıdaki tanı ölçütleri önerdiler (Tablo 2.1.) (Schröder ve ark., 2013).

Tablo 2.1. Schröder tarafından önerilen mizofoni tanı ölçütleri (2013) (devam)

-
- | |
|--|
| A. Bir insan tarafından üretilen belirli bir sesin varlığı veya beklentisi (örneğin yemek yeme sesleri, nefes alma sesleri), rahatsız olma veya iğrenme ile başlayan ve anında öfkeye dönüşen dürtüsel, itici bir fiziksel reaksiyonu kışkırtır. |
| B. Bu öfke, nadir fakat potansiyel olarak saldırgan patlamalarla derin bir öz denetim kaybı hissini |
-

Tablo 2.1. Schröder tarafından önerilen mizofoni tanı ölçütleri (2013) (devam)

başlatır.
C. Kişi, öfke veya iğrenmesinin aşırı veya mantıksız, koşullara ve kışkırtan stres etkenine göre orantısız olduğunu kabul eder.
D. Birey mizofonik durumdan kaçınma eğilimindedir veya kaçınıyorsa mizofonik seslere yoğun bir rahatsızlık, öfke veya tiksiniş ile katlanır.
E. Bireyin öfkesi, iğrenmesi ya da kaçınması önemli bir sıkıntıya yol açar ya da kişinin günlük yaşamı önemli ölçüde kısıtlar.
F. Kişinin öfkesi, iğrenmesi ve kaçınması, obsesif-kompulsif bozukluk veya travma sonrası stres bozukluğu gibi başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Dozier ve arkadaşları (2017) mizofoni Schröder ve arkadaşlarının önerdiği tanı ölçütlerine bazı eleştiriler getirdiler gözden geçirilmiş yeni ölçütleri önerdiler. Mizofonik tetikleyici seslerin sadece insan kaynaklı olmadığı, herhangi bir kaynak tarafından üretilebileceği (insan, hayvan, elektronik, ekipman vb), işitsel tetikleyicilerle birlikte görsel tetikleyicilerin de mizofonik tepkiye yol açabildiği, fiziksel tepkinin mizofoni kliniğinde önemli olduğu ve bu nedenle tanı ölçütlerinde yer verilmesi gerektiği bu eleştirilerden bazılarıydı (Dozier ve ark., 2017).

Jager ve arkadaşları 2020 yılında şimdiye kadar yayınlanmış en büyük örnekleme sahip çalışmayı sundular. Schröder ve arkadaşlarının çalıştığı merkezde 2013-2017 yılları arasında takip edilen 575 mizofoni belirtisi gösteren kişinin incelendiği çalışmaları sonucunda 2013 yılında önerilen tanı ölçütlerini aşağıdaki şekilde revize ettiler (Tablo 2.2) (Jager ve ark., 2020).

Tablo 2.2. Jager ve arkadaşlarının revize ettiği mizofoni tanı ölçütleri (2020)

A. Ağırlıklı olarak başka bir kişi tarafından oluşturulan belirli bir işitsel, görsel veya duyuşal tetikleyicilerden rahatsız olma. Ağız veya burun seslerinin tetikleyici olması gerekir.
B. Tetikleyiciler, bireyin aşırı, mantıksız veya koşullara göre orantısız olduğunu fark ettiği yoğun rahatsızlık, öfke ve / veya tiksinti duyguları uyandırır.
C. Ortaya çıkan duygular, kişide öz denetim kaybı hissi ve nadiren potansiyel olarak agresif patlamalara yol açar
D. Birey, tetikleyicilerin ortaya çıktığı durumlardan aktif olarak kaçınır veya tetikleyicilere yoğun rahatsızlık, tahriş, öfke veya iğrenme ile katlanır.
E. Rahatsız olma (irritation), öfke, iğrenme veya kaçınma, bireyin günlük yaşamında önemli sıkıntılara ve / veya önemli etkileşimlere neden olur. Örneğin, birlikte yemek yemek, açık bir ofiste çalışmak ya da birlikte yaşamak mümkün değildir.
F. Rahatsız olma, öfke, iğrenme ve kaçınma, Otizm Spektrum Durumu (örneğin, tüm duyuşal uyarılara karşı genel aşırı duyarlılık veya hiper uyarılma) veya Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu gibi başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Mizofoni odyoloji literatüründe hiperakuzi ve fonofobi ile birlikte Düşük Ses Toleransı (DST) hastalık grubunda tanımlanır (Jastreboff ve Jastreboff, 2004). DST grubundaki mizofoni dışındaki hastalıkların özellikleri aşağıda özetlenmiştir:

- a) Hiperakuzi:** Hiperakuzi, çoğu insan tarafından yüksek olarak kabul edilmeyen normal şiddetteki seslere karşı tahammülsüzlük olarak tanımlanır. Hastanın tepkisi sesin frekansı ve yoğunluğu gibi fiziksel özelliklerden etkilenir. Belli frekanstaki seslerden rahatsız olunur ve ses şiddeti arttıkça rahatsız olma düzeyi artar. Hiperakuzinin ayırt edici özelliği normal şiddetteki dış seslerin yüksek algılanmasıdır (Theodoroff ve ark., 2019). Hiperakuzide belirli frekansın üzerindeki tüm seslerden rahatsız olunurken, mizofonide belirli seslerden rahatsız olunur. Hiperakuzide sesin anlamı ve bağlamı önemsizken, mizofonide önemlidir (Jastreboff ve Jastreboff, 2013).
- b) Fonofobi:** Yunanca fone (ses) ve fobi (korku, kaygı) kelimelerinden türemiştir. Sesle karşılaşıldığında kişide korku duygusu ortaya çıkar (Jastreboff ve Jastreboff, 2001). Belirli seslere veya tüm seslere karşı oluşabilir. Sesin bağlamı, sesle ilgili geçmiş değerlendirmeler önemlidir (Jastreboff ve Jastreboff, 2004). Mizofoniden farklı olarak fonofobi, tanımlanmış seslerden rahatsız olma değil, seslerden genel bir korku/kaçınmadır (Schaaf ve Nelting, 2003).
- c) Mizofoni:** Sese karşı seçici bir duyarlılıktır. Tetikleme seslerinin algılanmasından hemen sonra, etkilenenler refleks olarak tepki verir, Öfke, iğrenme rahatsız olma ve nadiren saldırganlık ortaya çıkar. Uyarıcının net bir fiziksel özelliği yoktur, mizofonik reaksiyon sesin fiziksel özellikleriyle ilişkili değildir (Jastreboff ve Jastreboff, 2004). Bunun yerine, tetikleyicinin anlamı, sosyal bağlamı veya yorumu bu seslere verilen yanıtı etkiliyor gibi görünmektedir (Bauer, 2004; Bruxner, 2016). Tetikleyici sesler, düşük ses seviyesinde bile rahatsız edici ve tehdit edici olarak algılanır ancak benzer frekans spektrumuna sahip diğer sesler herhangi bir belirtiye neden olmaz (Jastreboff ve Jastreboff, 2014; Schaaf ve ark., 2009).

2.7. Ayırıcı Tanı

Mizofoninin belirti özellikleri özgül fobi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), aralıklı patlayıcı bozukluk, sınırda kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, OKKB ve otizm spektrum bozuklukları (OSB) tanılarıyla birtakım özellikleri paylaşır. Fakat yine de mizofoni belirtileri bu tanıların hiçbirisi ile tam olarak açıklanamaz (Schröder ve ark., 2013):

- a) **Özgül Fobi:** Özgül fobi mizofoniye benzer. Fobik nesneyi hatırlatan bir ses (örneğin, köpek korkusu olan kişide havlayan bir köpeğin sesi) olumsuz duygusal tepkiyi tetikleyebilir. Mizofonide olduğu gibi, bu duygusal tepki, kaçınma davranışına neden olabilir. Bununla birlikte, özgül fobide fobik uyararla karşılaşıldığında ortaya çıkan duygu kaygı veya korku, mizofonide ise daha çok öfke ve tiksindirir.
- b) **Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB):** Mizofoni ve spesifik fobide olduğu gibi, TSSB'de ses uyarısı, fiziksel uyarılmaya ve sonrasında irkilme ve kaçınma davranışına neden olabilir. TSSB ile ilgili uyarılar, travmatik yaşantının ani bir şekilde hatırlanmasına neden olabilir ve akut korku, panik veya saldırganlık patlamalarını tetikleyebilir. Ancak TSSB'de yaşamı tehdit eden travmatik bir olay yaşanmıştır ve sesle birlikte ortaya çıkan duygu öfke değil korkudur. Yine özgül fobide olduğu gibi verilen tepki sesin kendisiyle ilgili değil, hatırlattığı travmatik yaşantı ile ilgilidir.
- c) **Sosyal fobi:** Hem sosyal fobisi hem de mizofonisi olan hasta sosyal durumlarda stres veya kaygı yaşar ve bu durumlardan kaçınır. Sosyal fobinin özü, başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmeye karşı aşırı duyarlılıktır. Bununla birlikte, mizofonide sosyal durumlardan kaçınma, mizofonik uyarılarla karşılaşma endişesinden kaynaklıdır.
- d) **Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB):** Mizofonide zihnin devamlı tetikleyici seslerle meşgul olması OKB'deki takıntılarla benzerlik gösterir. İki durumda da kaçınma davranışı vardır. Bununla birlikte, OKB hastalarında bunalıyı azaltmak için kompulsiyonlar vardır ve öfke yaygın olarak bildirilmez.
- e) **Aralıklı Patlayıcı Bozukluk:** Şiddetli dürtüsel saldırganlık, çeşitli bozukluklarda, özellikle de aralıklı patlayıcı bozuklukta görülür. Kişilere

veya eşyalara karşı saldırganlık dürtülerini dizginleyemezler ve öfke patlamaları yaşarlar. Misofoni belirtileri gösterenler de dürtüsel saldırganlık bildirirler, ancak nadiren kontrolü kaybederler çünkü bunun kabul edilemez olduğunu ve ne pahasına olursa olsun önlenmesi gerektiğini düşünürler. Ayrıca mizofonide öfke duygusunu ortaya çıkaran tetikleyici sesler vardır.

f) Dürtüsel Öfke ile Giden Kişilik Bozuklukları: Antisosyal ve sınırda kişilik bozukluklarında dürtüsel saldırganlık ve öfke kontrolünde güçlük görülür. Ancak bu durum tetikleyici bir sesle ilgili değildir. Bununla birlikte, mizofonide agresif patlamalar nadirdir.

g) Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB): Mizofonisi olan kişilerde OKKB özellikleri sık bulunur. Schröder ve arkadaşlarının 2013 yılında 42 hasta ile yaptıkları çalışmada 22 kişi (%52.4) OKKB için SCID-II ölçütlerini karşılamaktaydı (Schröder ve ark., 2013). Jager ve arkadaşlarının 575 mizofoni belirtisi gösteren katılımcıyla yaptıkları çalışmada OKKB %26 tespit edildi (Jager ve ark., 2020). Ancak, tüm OKKB hastaları mizofonik semptomlar bildirmez. Ayrıca, öfke veya potansiyel saldırganlık bu bozukluğun önemli bir semptomu değildir. Bu yüksek eş tanı oranı, OKKB'nin mizofoni gelişiminde predispozan bir faktör mü yoksa mizofoninin bir sonucu mu olduğu sorusunu gündeme getirmektedir. Öfke kontrol sorunları olan bazı kişilerin, altta yatan davranışsal inhibisyon sorununu telafi etmek amacıyla OKKB semptomları geliştirdiği bildirilmiştir (Villemarette-Pittman ve ark., 2004). Bu mizofoni için geçerli değildir çünkü mizofonide öfke yalnızca belirli seslerle ilgilidir.

Otizm Spektrum Bozuklukları ve Duyusal İşleme Bozukluğu: OSB'de işitsel aşırı duyarlılık sık görülür. Hatta bazı görüşlere göre otistik spektrum için tipiktir (Rogers ve Ozonoff, 2005).

Duyusal işleme bozukluğu çevreden gelen duyusal bilgiyi yorumlama ve kullanma güçlüklerini içerir (May-Benson ve ark., 2009). Duyusal uyaranlara karşı yetersiz veya aşırı tepki verilmesi sonucu ortaya çıkan uygunsuz davranışlar yoluyla kendini gösterir (Koziol ve ark., 2011). OSB'de ve duyusal işleme bozukluğundaki işitsel duyarlılık, elektrikli süpürgeler veya köpek havlaması gibi

beklenmedik ve yüksek seslere karşıdır (Dunn, 1999). Bu model, mizofoni hastalarındaki işitsel tetikleyicilerden açıkça farklıdır.

h) Hiperakuzi: Mizofoniye benzer şekilde seslerden rahatsız olma şikayetiyle doktora başvurabilir. İşitme testleri ikisinde de normal olabilir. Ayırıcı tanı mizofonide belirli seslerden rahatsızlık duyma varken hiperakuzide belirli frekansın üzerindeki tüm seslerden rahatsız olunması ile yapılır. Ayrıca hiperakuzide sese verilen tepki sesin fiziksel özelliklerinden etkilenir. Hiperakuzide sesin bağlamı önemsizken, mizofonide önemli olabilir (Jastreboff ve Jastreboff, 2015).

i) Fonofobi: Sese karşı güçlü bir korku tepkisi fonofobi olarak tanımlanır. Fonofobinin mizofoninin aşırı bir formu olduğu öne sürülmüştür (Jastreboff ve Hazell, 1993). Ancak fonofobide sesle karşılaşıldığında ortaya çıkan baskın duygu korku iken mizofonide öfke ve iğrenmedir.

2.8. Mizofoni ve Eşlik Eden Durumlar

Literatür incelendiğinde, mizofoni belirtileri gösteren kişilerle yapılan çalışmalarda klinik görüşme ile ek psikiyatrik tanı koyulan çalışma sayısı sınırlıdır (Erfanian ve ark., 2019a; Jager ve ark., 2020; Schröder ve ark., 2013).

Şimdiye kadarki en büyük ölçekli çalışmada 575 mizofonik katılımcıya DSM-IV'e göre eksen I ve II için yapılandırılmış MINI-Plus (International Neuropsychiatric Interview Plus) (Sheehan ve ark., 1998), eksen II için aynı zamanda SCID-II (First ve ark., 1997) uygulanmıştır (Jager ve ark., 2020). Bu çalışmada mizofonik bireylerin %72'sinde psikiyatrik eş tanı bulunmadı. Katılımcıların %22'sinde bir, %6'sında iki veya daha fazla ek psikiyatrik bozukluk vardı. Eksen I'de en sık görülen psikiyatrik eş tanıları sırasıyla majör depresyon (%6,8), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (%5,0) ve obsesif-kompulsif bozukluk (%2,8).

Aynı çalışmada çoğunluğun (%59,0) kişilik bozukluğu komorbiditesi de yoktu. Eksen II'de en yaygın olan kişilik bozukluğu tanısı OKKB (%2,4) ve sınırda kişilik bozukluğu (%1,7) idi. Deneklerin özellikle yüksek ahlak ve klinik mükemmeliyetçilik sergiledikleri bildirilmiştir.

Schröder ve arkadaşlarının hastane sitesindeki ilana başvuran 42 mizofoni belirtisi gösteren katılımcıyla yaptıkları çalışmada DSM 4'e göre eksen I'de sırasıyla;

duygudurum bozukluğu (%7,1), tourette sendromu (%4,8), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%4,8), trikotilomani (%4,8), deri yolma bozukluğu (%2,4), panik bozukluğu (%2,4), hipokondriyazis (%2,4) ve obsesif kompulsif bozukluk (%2,4) bildirilmiştir. Eksen II' de ise sadece OKKB tespit edilmiş ve olguların %52,4'ünde görüldüğü bildirilmiştir (Schröder ve ark., 2013).

Başka bir çalışmada, psikiyatri (29) ve odyoloji (23) polikliniklerinden yönlendirilen, Schröder'in önerdiği ölçütlere göre mizofoni tanısı 52 hasta, MINI-Plus ile Eksen I bozukları açısından değerlendirildi. Hastaların %40,4'ünde psikiyatrik eş tanı saptanmadığını bildirilmiştir. En sık görülen tanılar ise sırasıyla TSSB (%15,38), OKB (%11,53), MDB (%9,61) ve anoreksiya nervosa (%9,61) tespit edilmiştir (Erfanian ve ark., 2019b).

15 anoreksiya nervosa tanılı hastanın mizofoni açısından araştırıldığı vaka çalışmasında 3 hastada mizofoni belirtileri gözlenmiştir. Her üç vakada da yeme seslerinden rahatsızlık duymanın, yeme bozukluğunun gelişmesinden önce başladığı bildirilmiştir (Kluckow ve ark., 2014).

2.9. Mizofoni Tedavisi

Mizofoni için henüz standart bir tedavi bilinmemektedir (Schwemmle ve Arens, 2021). Tutarlı bir teorik ve etiyolojik çerçevenin olmaması, mizofoni hastaları için etkili yönetim stratejilerinin belirlenmesini engellemiştir (Cavanna ve Seri, 2015). Literatürde mizofoniye ilaçla tedavi seçeneklerini araştıran bir çalışma tespit edemedik. Ancak mizofoni belirtilerinin, serotonerjik ilaçlara yanıt verdiğini öne süren vaka sunumları vardır (Sarigedik ve Yurteri, 2021; Vidal ve ark., 2017). Tedavide potansiyel başarı belirtileri gösteren çeşitli psikoterapi yöntemleri denenmiştir (Palumbo ve ark., 2018). Tinnitus yeniden eğitim tedavisi (TRT), bilişsel davranışçı terapi (BDT), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ve maruz kalma (exposure), başlıca denenilen terapi yöntemleridir (Jager ve ark., 2021a; Jastreboff ve Jastreboff, 2013; Rabasco ve Mckay, 2021; Schröder ve ark., 2017).

Jastreboff 128'inde sadece mizofoni, 56'sında mizofoni ve hiperakuzi birlikte bulunan 184 kişiye TRT uygulamış ve %83 başarı bildirmiştir (Jastreboff ve Jastreboff, 2014). Tinnitus yeniden eğitim tedavisi (TRT), Jastreboff tarafından

tinnitus ve ikincil bir etki olarak hiperakuzi ve mizofoniye yönetmek için tasarlanmış bir terapi programıdır (Jastreboff ve Jastreboff, 2006). TRT, bilinçdışı düzeyinde değişen koşullu reflekslerin işitsel sistem ile limbik ve otonom sinir sistemleri arasındaki bağlantıyı azaltacağını veya ortadan kaldıracağını varsaymaktadır. Hastaya mizofoni mekanizması ve hasta üzerindeki etkileri anlatılır. Sonra hastadan tetikleyici sesle karşılaştığında ortaya çıkan davranışları durdurması istenir (tepki önleme). Kişinin sesi duyabileceği yerlere girmeme, bulunduğu ortamı terk etme, sesi çıkaran kişiyi uyarma gibi davranışları durdurmasıyla tepkinin sönümlenmesi (habituation of reaction) beklenir. Tepki sönümlenmesi ile mizofonik tetikleyicilerin fark edilmesi devam eder fakat rahatsız olma düzeyi azalır. Bunlar olurken aynı zamanda ses terapisi uygulanır. Ses terapisinde hastaya önce bir süre sevdiği, olumlu duygular oluşturan sesler günlük hayatında dinletilir. Sonrasında olumlu duygular oluşturan sesler ile tetikleyici sesler birlikte dinletilir, bu şekilde olumlu ve olumsuz koşullu uyaranların birleştiği kompleks bir koşullu uyaran oluşturulur. Tepkinin sönümlenmesinden bir süre sonra algılamanın sönümlenmesi (habituation of perception) gerçekleşir. Algılamanın sönümlenmesi ile kişi artık önceden rahatsız olduğu sesleri çok yüksek şiddette değiller ise fark etmezler ve tepki vermezler (Jastreboff ve Jastreboff, 2013).

Mizofonide Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) etkinliğiyle ilgili bir tane randomize kontrollü çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmada BDT'nin mizofoni belirtileri üzerinde kısa vadede istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iyileştirici olduğu ve etkinin 1 yıllık izlemde sürdüğü ortaya konmuştur (Jager ve ark., 2021b). Bu tek randomize kontrollü çalışma dışında birçok vaka çalışmasında BDT'nin mizofoni belirtilerini iyileştirmede faydalı olduğu ortaya konmuştur (Bernstein ve ark., 2013; Mcguire ve ark., 2015; Reid ve ark., 2016; Schröder ve ark., 2017).

Jager ve arkadaşları, TSSB eş tanısı olmayan, BDT'ye yanıt vermeyen 4 ve BDT bekleme listesinde olan 4 olmak üzere toplamda 8 mizofoni belirtisi gösteren kişiye, ortalama 2,6 seans EMDR uyguladılar. Mizofonik deneyime ilişkin anılar ve/veya ağırlaştırıcı deneyimler hedef alındı. Terapi süreci sonucunda 8 kişinin 3'ünde CGI'de anlamlı düzeyde iyileşme görülmüş ve katılımcıların Amsterdam Mizofoni Ölçeği (AMISOS-R) puanında ortalama %20 düşme tespit edilmiştir. Bu

araştırmanın sonucunda BDT'den fayda görmeyen mizofonik kişilerde EMDR'nin bir tedavi alternatifi olabileceği öne sürölmüşlerdir (Jager ve ark., 2021a).

Mizofoni tedavisinde keşfedilecek diğer olasılıklar, diyalektik davranış terapisi, kabul ve kararlılık terapisi gibi farkındalık ve kabul temelli yaklaşımlar olabilir (Schneider ve Arch, 2015).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Bu araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine 24/09/2020 - 09/06/2021 tarihleri arasındaki farklı dönemlerde toplamda beş buçuk ayda başvuran ayaktan hastalar üzerinde gerçekleşti.

3.2 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, belirlenen süre içerisinde farklı zamanlarda, toplamda 3 farklı hekimin çalıştığı psikiyatri polikliniğine ardışık olarak başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 1091 olgu dahil edildi.

3.3 Uygulama

Araştırma poliklinik ve ayrıntılı klinik görüşme olmak üzere 2 aşamalı planlandı. Birinci aşamada ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran 18-65 yaş aralığındaki, psikiyatrik görüşmeyi sürdürebilen her hasta çalışmaya davet edildi, gönüllü olarak katılanlarda Jager ve arkadaşlarının mizofoni tanısı için önerdiği ölçütlerden A ölçütünün varlığı sorgulandı (Tablo 2) (Jager ve ark., 2020). A ölçütünü karşılayan ve ayrıntılı klinik görüşme aşamasına gönüllü olan hastalar araştırmayla ilgili bilgilendirildi ve gönüllü olur formunu okuyarak katılmayı kabul ediyorlarsa doldurmaları istendi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların iletişim bilgileri alındı ve ayrıntılı klinik görüşme için araştırmacı tarafından davet edilecekleri söylendi.

Ayrıntılı klinik görüşme aşamasına davet etmek için katılımcılar telefon ile arandı ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü'nde psikoterapi odasında görüşmek üzere randevu verildi. Görüşmeler sadece araştırmacı hekim ve katılımcının bulunduğu, sessiz ve psikiyatrik görüşmeye uygun bir ortamda yapıldı. Randevu tarihinde gelen katılımcılar Jager ve arkadaşlarının önerdiği tanı ölçütleri ile mizofoni tanısı açısından değerlendirildi (Jager ve ark., 2020). Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar için DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)

ve Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-PD) ile değerlendirilerek varsa psikiyatrik eş tanıları tespit edildi. Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ), Global Değerlendirme Ölçeği (GAS), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) araştırmacı hekim tarafından uygulandı. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ise katılımcılar tarafından dolduruldu.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1-18-65 yaş aralığında olmak
- 2-Gönüllü olmak
- 3-Görüşmeyi tamamlayabilecek zihinsel yeterliğe sahip olmak

3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri

- 1-18-65 yaş dışındakiler
- 2- Görüşmeyi tamamlayamayacak düzeyde herhangi bir fiziksel veya psikiyatrik bozukluk olması (Mental retardasyon, psikotik bozukluklar, psikotik özellikli major depresyon, iki uçlu duygudurum bozukluğu manik dönem, demans ve deliryum gibi organik mental bozukluklar, aktif alkol ve/veya madde kötüye kullanımı vb.)

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-2)

Çalışmaya katılanların isim soy isim, iletişim bilgileri, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hane aylık geliri, mesleği, yaşadığı bölge gibi sosyodemografik verilerinin ve aynı zamanda mizofoni belirtilerinin; başlangıcı, seyri, klinik özellikleriyle ilgili soruların olduğu, uygulamacı tarafından hastayla yapılan görüşme ile doldurulan görüşme formu.

3.4.2. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D) (Ek-3)

Depresyon şiddetini ölçmek için Max Hamilton'un geliştirdiği ölçek, görüşmeci tarafından derecelendirilmektedir (Hamilton, 1960). Williams tarafından revize edildi ve yapılandırılmış hale dönüştürüldü (Williams, 1988). Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapıldı (Akdemir ve ark., 1996). Ölçek 21 maddeden oluşmakla birlikte Hamilton 17 maddenin derecelendirilmesini önermiştir. Ölçeğin derecelendirilen 17 maddesi; depresif duygudurum, genital belirtiler, iş ve ilgi, somatik gastrointestinal, uykuya dalma, uykuyu sürdürme, erken uyanma, genel somatik belirtiler, intihar, suçluluk/cezalandırma , ruhsal anksiyete, bedensel anksiyete, hipokondriyazis, içgörü, retardasyon, ajitasyon ve kilo kaybını sorgular. 17 madde dışında kalan derealizasyon, diürenal varyasyon, paranoid ve obsesif belirtiler ilgili sorular derecelendirmeye katılmaz (Hamilton, 1960). Sonuç derecelendirilen soruların toplam puanı ile hesaplanır. Alınabilecek en yüksek puan 53'tür. Toplam 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan hafif şiddette depresyonu, 16-28 puan orta şiddette depresyonu, 29 ve üzerinde puan ağır şiddette depresyonu göstermektedir (Williams, 1988).

3.4.3. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği (HAM-A) (Ek-4)

Max Hamilton tarafından anksiyete semptomlarının şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir (Hamilton, 1959). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Yazıcı ve arkadaşları yapmıştır (Yazıcı ve ark., 1998). 14 maddeden oluşan ölçek görüşmeci tarafından uygulanır. İlk 6 soru psişik, sonraki 8 soru fiziksel anksiyete semptomlarını derecelendirir. Her semptom 0 ile 4 arasında puan alır ve toplam skor tüm maddelerden alınan puanların toplanmasıyla hesaplanır, toplam skorun yüksek olması anksiyete semptom şiddetinin yüksek olması ile ilişkilidir (Shear ve ark., 2001).

3.4.4. Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği (YBOKÖ) (Ek-5)

Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir (Goodman ve ark., 1989). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Karamustafalıoğlu ve ark., 1993). Toplam 19 maddeden oluşan ölçeğin ilk 10 maddesi derecelendirilir. İlk 5 madde obsesyonlarla, 6'dan 10'a kadar olan maddeler kompulsiyonlarla ilgilidir. Kalan 9 madde iç görü, kaçınma ve global etkilenme ile

ilgilidir. Görüşmeci tarafından uygulanır. İlk 10 maddenin puanın toplanması toplam skoru verir.

3.4.5. Global değerlendirme ölçeği (GAS) (Ek-6)

Endicott ve arkadaşları tarafından 1976 yılında genel hastalık şiddeti ve işlevselliğini değerlendirmek geliştirildi (Endicott ve ark., 1976). Kişinin; genel semptom şiddeti ve psikolojik, toplumsal, mesleki işlevselliği uygulayıcı tarafından 0-100 arasında puanlanır. Yüksek puanlar hastalık şiddetinin düşük olduğunu ve işlevselliğin daha yüksek olduğunu gösterir. Hasta ve sağlıklı popülasyonlarda kullanılabilir (Köhler ve ark., 2016).

3.4.6. Kısa işlevsellik değerlendirme ölçeği (Ek-7)

İşlevsellikteki bozulmayı değerlendirmek amacıyla Rosa ve arkadaşları tarafından geliştirildi (Rosa ve ark., 2007). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından yapıldı (Aydemir ve Uykur, 2012). Likert tipte 24 madden oluşur, her madde uygulayıcı tarafından 0 ile 3 arasında puanlanır. 24 maddenin puanları toplanarak toplam puan elde edilir, yüksek puan işlevsellikteki bozulmanın daha fazla olduğunu gösterir.

3.4.7. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-BREF-TR) (Ek-8)

Yaşam kalitesini ölçmek için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen 100 soruluk Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (WHOQOL-100) içerisinden 26 soru seçilmesi ile WHOQOL-BREF-TR oluşturulmuştur (Group, 1998). Fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre ve genel sağlık durumu alt parametrelerinden oluşur. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında çevre alanı ile ilgili 1 soru daha eklenmiş ve toplam 27 soru olmuştur (Eser ve ark., 1999). WHOQOL-BREF-TR geliştirilme aşamasında dünya çapında birçok ülkede çalışmalar yapılmış ve kültürel farklılıklar dikkate alınmıştır, bu nedenle farklı kültürlerde kullanıma uygundur (Skevington ve ark., 2004). Her alt parametre 0 ile 100 arasında puanlanır ve yüksek puanlar iyi yaşam kalitesini gösterir.

3.4.8. Mizofoni belirti listesi (MBL) ve mizofoni toplam puanı (MTP) (Ek-9)

Mizofoni Belirti Listesi literatür incelemesi sonucunda tarafımızca oluşturuldu. MBL'yi mizofonik tepkiye neden olan tetikleyici ses listesi, mizofonik sesle karşılaşıldığında ortaya çıkan duygu ve fiziksel belirtilerin ortaya çıkma sıklığı ve ortaya çıktığı zamanki şiddetleri, başa çıkma ve kaçınma davranışlarının sıklığı oluşturdu.

Tetikleyici ses listesi dörtlü likert olarak derecelendirildi (hiç=0, biraz=1, orta=2, çok=3). Olguların seslerden rahatsız olma düzeyleriyle ilgili bildirimleri hiç ve biraz olduğunda 'yok', orta ve çok olduğunda ise 'var' kabul edildi.

Duygu, fiziksel belirti, başa çıkma ve kaçınma davranışlarının sıklıkları beşli likert olarak derecelendirildi (hiçbir zaman=0, nadiren=1, bazen=2, çoğu zaman=3, her zaman=4). Duygu, fiziksel belirti, başa çıkma ve kaçınma davranışlarının sıklığı çoğu zaman ve her zaman bildirildiğinde belirti 'var' kabul edildi. Duygu ve fiziksel belirtilerin şiddeti yine beşli likert olarak derecelendirildi (hiç=0, hafif=1, orta=2, şiddetli=3, çok şiddetli=4). Duygu ve fiziksel belirtilerin şiddeti için şiddetli ve çok şiddetli bildirildiğinde belirti 'var' kabul edildi.

Literatürde mizofoni belirti şiddetini ölçen geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçeğe rastlanmadı. Mizofoni belirti şiddetini ölçmek için MBL'deki her belirti puanlanarak Mizofoni Toplam Puanı (MTP) oluşturuldu. MTP Ses Puanı, Duygu Puanı, Fiziksel Belirti Puanı ve Başa Çıkma Puanı olmak üzere 4 alt parametreden oluştu. Toplam puan 0 ile 291 arasında değişebilir.

Mizofoni Toplam Puanının güvenilirliğini gösteren cronbach alfa değeri 0.91 bulundu.

3.5. İstatiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 22.0 programı ile kaydedildi ve istatistiksel olarak değerlendirildi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Shapiro Wilk testi kullanıldı. Verilerin dağılımının normal olup olmamasına göre uygun testler seçildi. Normal dağılım gösteren nicel verilerin istatistiki analizlerinde tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve Student- t testi uygulandı. Normal dağılıma uygun dağılım göstermeyen nicel

verilerin istatistiki analizi için ise Mann-Whitney U testi ve Sperman korelasyon analizi testleri uygulandı Kategorik değişkenlerde Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.



4. BULGULAR

Araştırmanın yapıldığı 24/09/2020-09/06/2021 tarihleri arasında psikiyatri polikliniklerine toplam 1860 kişi başvurdu. Başvuranların 259'u (%13,9) dahil edilme kriterlerini sağlamadığı için dışlandı. Dışlananların önemli kısmını 65 yaş üstü (188-%72,6) ve görüşmeye uygun olmayan düzeyde zeka geriliği (27-%10,4) olan hastalar oluşturdu (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilmeyen kişilerin dahil edilmeme nedenleri

	Erkek (105) n (%)	Kadın (154) n (%)	Toplam (259) n (%)
>65 yaş	70 (66,7)	118 (76,6)	188 (72,6)
Zeka geriliği	15 (14,3)	12 (7,8)	27 (10,4)
Bilişsel yıkımlı şizofreni hastası	6 (5,7)	9 (5,8)	15 (5,8)
Psikotik alevlenme	3 (2,8)	7 (4,5)	10 (3,9)
Demans	4 (3,8)	2 (1,3)	6 (2,3)
Türkçe bilmeme	3 (2,8)	2 (1,3)	5 (1,9)
Bipolar manik atak	2 (1,9)	2 (1,3)	4 (1,5)
İşitme engeli	2 (1,9)	2 (1,3)	4 (1,5)

Mizofonik belirtilerin sorgulandığı birinci aşamaya dahil edilen ayaktan başvuran 1601 kişinin 510'u (%31,8) erkek, 1091'i (%68,1) kadındı. Birinci aşamada olguların 150'sinin (%14,1) önerilen tanı ölçütlerinden A ölçütünü karşıladığı tespit edildi. İkinci aşamaya davet edilen 150 hastada yapılan klinik görüşmeyle Jager ve ark. önerdiği tanı ölçütlerine göre 46'sında Mizofoni tanısı kondu ve ayaktan psikiyatri polikliniğindeki mizofoninin yaygınlığı %2,9 bulundu. Mizofoni tanısı olguların 35'i (%76,1) kadın, 11'i (%23,9) erkekti. Kadınlarda mizofoni yaygınlığı %3,2, erkeklerde %2,1 bulundu, cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=1,025$, $df=1$, $p=0,311$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırma örneklemini oluşturan ve araştırmaya dahil edilmeyen kişi sayıları (devam)

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Psikiyatri polikliniğine başvuran	615 (33,1)	1245 (66,9)	1860 (100,0)	
Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlamayan	105 (17,1)	154 (12,4)	259 (13,9)	
Araştırmaya dahil edilen	510 (31,8)	1091(68,1)	1601 (100,0)	

Tablo 4.2. Araştırma örneklemini oluşturan ve araştırmaya dahil edilmeyen kişi sayıları (devam)

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Mizofoni belirtisi gösteren	39 (7,6)	111 (10,2)	150 (9,4)	$\chi^2=2,614$ df= 1 p=0,106
Mizofoni tanısı alan	11 (2,1)	35 (3,2)	46 (2,9)	$\chi^2=1,025$ df= 1 p=0,311

*Ki Kare testi

** Psikiyatri polikliniğine başvuranlar ve araştırmaya dahil edilenlerde satır yüzdesi, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlamayan, mizofoni belirtisi gösteren ve mizofoni tanısı alanlarda sütun yüzdesi uygulanmıştır.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Önerilen tanı ölçütlerine göre mizofoni tanısı konulan kadınların yaş ortalaması $29,63 \pm 10,14$, erkeklerin $33,55 \pm 9,58$ ve toplam yaş ortalaması $30,57 \pm 10,05$ idi. Mizofoni tanısı konulan 46 kişinin sosyodemografik verileri tablo 4.3'te gösterildi.

Olguların 8'i (%17,4) ilkokul, 3'ü (%6,5) ortaokul, 13'ü (%28,3) lise, 20'si (%43,5) üniversite ve 2'si (%4,3) yüksek lisans mezunuydu. Kadınların üniversite mezunu olma oranları (%51,4) erkeklerden (%18,2) yüksekti ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($\chi^2=1,485$, df= 1, p=0,223). Katılımcıların 26'sı (%56,5) bekar, 17'si (%37,0) evli, 3'ü (%6,5) boşanmıştı. Olguların 22'sinin (%47,8) halen çalıştığı, 13'ünün (%28,3) çalışmadığı ve 11'inin (%23,9) öğrenci olduğu tespit edildi. Hane aylık gelirin 5000 TL ve altı ile 5000 TL'nin üzerinde şeklinde bakıldığında olguların yarı yarıya ayrıldığı tespit edildi. Olguların 43'ü (%93,5) çekirdek aile ile, 2'si (%4,3) yalnız ve 1'i (%2,2) geniş aile ile yaşadığını bildirdi. Hanedeki kişi sayısı 1-2 kişi, 3-4 kişi ve 5-6 kişi şeklinde gruplandığında katılımcıların 9'unun (%19,6) 1-2 kişi, 29'unun (%63,0) 3-4 kişi ve 4'ünün (%8,7) hane kişi sayısının 5-6 kişi olduğu tespit edildi. Katılımcıların 42'si (%91,3) kentsel bölgede, 4'ü (%8,7) kırsal bölgede yaşamaktaydı.

Çalışma durumu dışındaki verilerin cinsiyete göre anlamlı düzeyde farkı olmadığı tespit edildi.

Tablo 4.3. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik ve klinik özellikler	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Yaş (Ort ± SS)	33,55 ± 9,58	29,63± 10,14	30,57± 10,05	U=150,000 Z=-1,096 p=0,273
Öğrenim Durumu				
İlkokul mezunu	3 (27,3)	5 (14,3)	8 (17,4)	x ² =1,485 df= 1 p=0,223
Ortaokul mezunu	1 (9,1)	2 (5,7)	3 (6,5)	
Lise mezunu	4 (36,4)	9 (25,7)	13 (28,3)	
Üniversite mezunu	2 (18,2)	18 (51,4)	20 (43,5)	
Yüksek lisans	1 (9,1)	1 (2,9)	2 (4,3)	
Medeni Durum				
Bekar	6 (54,5)	20 (57,1)	26 (56,5)	p=1,000
Evli	4 (36,4)	13 (37,1)	17 (37,0)	
Boşanmış	1 (9,1)	2 (5,7)	3 (6,5)	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	9 (81,8)	13 (37,1)	22 (47,8)	x ² =6,701 df=2 p=0,035
Çalışmıyor	1 (9,1)	12 (34,3)	13 (28,3)	
Öğrenci	1 (9,1)	10 (28,6)	11 (23,9)	
Hane Aylık Geliri				
≤5000 TL	6 (54,5)	17 (48,6)	23 (50,0)	x ² =0,000 df=1 p=1,000
>5000 TL	5(45,5)	18 (51,4)	23 (50,0)	
Birlikte Yaşanılan Hane Halkı				
Yalnız	1 (9,1)	1 (2,9)	2 (4,3)	x ² =0,782 df=1 p=0,377
Çekirdek aile	10 (90,9)	33 (94,3)	43 (93,5)	
Geniş Aile	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,2)	
Hanedeki Kişi Sayısı				
1-2 kişi	4 (36,4)	5 (14,3)	9 (19,6)	x ² =4,600 df=2 p=0,100
3-4 kişi	7 (63,6)	22 (62,9)	29 (63,0)	
5-6 kişi	0 (0,0)	8 (22,9)	8 (17,4)	
Yaşadığı Bölge				
Kırsal	1 (9,1)	3 (8,6)	4 (8,7)	p=1,000
Kentsel	10 (90,9)	32 (91,4)	42 (91,3)	

*Ki Kare testi ve Mann Whitney U testi uygulandı

Önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sigara, alkol ve madde kullanım oranları tablo 4.4’de verildi. Olguların 24’ü (%52,2) sigara, 11’i (%23,9) alkol, 1’i (%2,2) ise madde kullandığını bildirdi. Erkeklerin sigara ve alkol kullanım oranları kadınlardan yüksek olduğu tespit edildi ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (%72,7’ye karşın %45,7, x²=2,448, df=1, p=0,118). Alkol kullanım oranlarına bakıldığında erkeklerin %45,5’i alkol kullanırken, kadınların alkol kullanım oranı %17,1’di ancak bu fark anlamlı değildi (p=0,100).

Tablo 4.4. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sigara, alkol ve madde kullanım oranları

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Sigara kullanımı	Yok	3 (27,3)	19 (54,3)	22 (47,8)	$\chi^2=2,448$ df=1 p=0,118
	Var	8 (72,7)	16 (45,7)	24 (52,2)	
Sigara kullananların günlük içtiği sigara miktarı (adet)	1-10	2 (25,0)	10 (62,5)	12 (50,0)	p=0,193
	11-20	4 (50,0)	6 (37,5)	10 (41,7)	
	>20	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (8,3)	
Alkol kullanımı	Yok	6 (54,5)	29 (82,9)	35 (76,1)	p=0,100
	Var	5 (45,5)	6 (17,1)	11 (23,9)	
Alkol kullanım sıklığı	Ayda bir veya daha az	2 (40,0)	4 (66,7)	6 (54,5)	p=0,545
	Haftada bir	1 (20,0)	1 (16,7)	2 (18,2)	
	Haftada 2-3 kez	1 (20,0)	1 (16,7)	2 (18,2)	
	Hemen her gün	1 (20,0)	0 (0,00)	1 (9,10)	
Madde kullanımı	Yok	11 (100)	34 (97,1)	45 (97,8)	p=1,000
	Var	0 (0,00)	1 (2,90)	1 (2,2)	

***Ki Kare testi**

Olguların kendi bildirimlerine göre fiziksel hastalık ve uyku sorunu oranlarında, cinsiyete göre istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi (Tablo 4.5). On altı kişi (%34,8) herhangi bir fiziksel hastalığı olduğunu bildirirken 1 (%2,2) kişi tinnitus tanısı olduğunu, 1 (%2,2) kişi ise sol kulakta %10 işitme kaybı olduğunu bildirdi.

Olguların 31'i (%67,4) herhangi bir uyku sorunu yaşadığını bildirdi. Erkeklerin %90,9'u herhangi bir uyku sorunu yaşadığını bildirirken, kadınlarda bu oran %60'dı (p=0,074). Uyku sorunu yaşayanlara uykunun hangi aşamasında sorun yaşadığı sorulduğunda olguların 25'i (%54,3) uykuya dalmada, 14'ü (%30,4) uykuyu sürdürmede sorun yaşadığını, 6'sı (%13,0) ise sabah erken uyanma yaşadığını bildirdi.

Tablo 4.5. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların kendi bildirimlerine göre fiziksel hastalık ve uyku sorunu oranları

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Fiziksel hastalık(lar)	Yok	6 (54,5)	24 (68,6)	30 (65,2)	p=0,477
	Var	5 (45,5)	11 (31,4)	16 (34,8)	
Herhangi uyku sorunu	Yok	1 (9,1)	14 (40,0)	15 (32,6)	p=0,074
	Var	10 (90,9)	21 (60,0)	31 (67,4)	
Uykuya dalmada sorun	Yok	3 (27,3)	18 (51,4)	21 (45,7)	$\chi^2=1,968$ df=1 p=0,161
	Var	8 (72,7)	17 (48,6)	25 (54,3)	
Uykuyu sürdürmede sorun	Yok	6 (54,5)	26 (74,3)	32 (69,6)	p=0,269
	Var	5 (45,5)	9 (25,7)	14 (30,4)	
Sabah erken uyanma	Yok	9 (81,8)	31 (88,6)	40 (87,0)	p=0,619
	Var	2 (18,2)	4 (11,4)	6 (13,0)	

***Ki kare testi**

Olguların kendi bildirimlerine göre işitme durumu, kulak çınlaması varlığı ve KBB başvurusu oranları tablo 4.6'da verildi. Olguların 29'u (%63,0) işitme durumunun herkes gibi olduğunu, 10'u (%21,7) işitmesinin diğerlerinden daha iyi olduğunu, 7'sinin (%15,2) işitmesinin diğer insanlardan daha kötü olduğunu düşündüklerini bildirdiler. Kulak çınlamasına bakıldığında olguların 30'unda (%65,2) çınlama olmadığı, 13'ün (%28,3) halen kulak çınlaması olduğu, 3'ünün (%6,5) geçmişte kulak çınlaması yaşadığı tespit edildi. Olguların 10'unun (%21,7) KBB başvurusu vardı. KBB başvurusunun nedeni sorulduğunda hiçbir olgunun mizofoni belirtileri için KBB hekimine başvurmadığı tespit edildi.

Tablo 4.6. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının kendi bildirimine göre işitme durumu, kulak çınlaması ve çınlama nedenli KBB başvurusu oranları

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
İşitme durumu	Herkes gibi	6 (54,4)	23 (65,7)	29 (63,0)	$\chi^2=0,453$ df=2 p=0,797
	Diğerlerinden daha iyi	3 (27,3)	7 (20,0)	10 (21,7)	
	Diğerlerinden daha kötü	2 (18,2)	5 (14,3)	7 (15,2)	
Kulak çınlaması	Yok	6 (54,5)	24 (68,6)	30 (65,2)	$\chi^2=0,735$ df=2 p=0,693
	Halen var	4 (36,4)	9 (25,7)	13 (28,3)	
	Geçmişte var	1 (9,10)	2 (5,70)	3 (6,5)	
KBB başvurusu	Yok	7 (63,6)	29 (82,9)	36 (78,3)	p=0,220
	Var	4 (36,4)	6 (17,1)	10 (21,7)	

*Ki Kare testi

Önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının kendi bildirimlerine 1. ve 2. derece akrabalarında psikiyatrik rahatsızlık ve mizofonik belirti varlığı oranları tablo 4.7'de verildi. Kadınlar soy geçmişte psikiyatrik rahatsızlık ve mizofonik belirti varlığını erkeklerden daha yüksek bildirdiler ancak istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi. Olguların 19'u (%41,3) soy geçmişlerinde psikiyatrik rahatsızlık bulunduğu bildirdi. Kadınlarda bu oran %45,7 iken erkeklerde %27,3'tü (p=0,320). Olguların 14'ü (%30,4) soy geçmişinde mizofonik belirti olduğunu bildirdi. Kadınlarda bu oran %31,4 iken erkeklerde %9,10'du, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,241). Mizofonik belirti gösteren yakının cinsiyeti %66,7 oranında kadın tespit edildi.

Tablo 4.7. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların soy geçmişinde psikiyatrik hastalık ve mizofonik belirti varlığı oranları

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Soy geçmişte psikiyatrik hastalık	Yok	8 (72,7)	19 (54,3)	27 (58,7)	p=0,320
	Var	3 (27,3)	16 (45,7)	19 (41,3)	
Soy geçmişte mizofonik belirti	Yok	9 (81,8)	23 (65,7)	32 (69,6)	p=0,460
	Var	2 (18,2)	12 (34,3)	14 (30,4)	

***Ki Kare testi**

Hastaların seslerden rahatsız olma oranları yüksekten düşüğe doğru sıralı şekilde tablo 4.8’de verildi. Tablo incelendiğinde en çok rahatsız olunan sesin yemek yeme/çiğneme sesleri olduğu ve tamamı bu seslerden rahatsız olduğunu bildirdi. En çok rahatsız olunan diğer sesler sırasıyla ağız şapırdatma (%97,8), çay/kahve vb. höpürdeterek içme sesi (%89,1), horlama (%84,8), bacak sallama, kalemi masaya vurma vb. tekrarlayan sesler (%84,8), boğaz temizleme (%80,4) ve sakız çiğneme (%80,4) bulundu. En az rahatsız olunan sesler ise sırasıyla hıçkırma (%15,2), hapşırma (%17,4), sayfa çevirme sesi (%19,6), ısıklık çalma (%19,6) ve hayvan sesleri (havlama, mırıldanma vb.) (%19,6) bulundu.

Rahatsız olunan sesler açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Horlama sesinden erkeklerin %100’ü rahatsız olurken kadınlarda bu oran %80’di (p=0,171). Boğaz temizleme sesinden rahatsız olma oranı erkeklerde %63,6 iken, kadınlarda %85,7’di (p=0,186). Ağız veya burundan nefes alma sesinden erkekler %18,2 oranında rahatsız olurken kadınlarda bu oran %54,3’tü ($\chi^2=4,397$, $df=1$, $p=0,036$). Topuklu ayakkabı sesinden erkeklerin %63,6’sı rahatsız olurken kadınların rahatsız olma oranı %31,4’tü (p=0,080). Elektrikli süpürge sesinden erkekler %54,5 oranında rahatsız olurken kadınlarda bu oran %22,5’ti (p=0,065).

Tablo 4.8. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların ses listesindeki rahatsız edici seslerden orta ve çok şiddette rahatsız olma oranları

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Yemek yeme/çiğneme	11 (100,0)	35 (100,0)	46 (100,0)	
Ağız şapırdatma	10 (90,9)	35 (100,0)	45 (97,8)	p=0,239
Çay/kahve vb. höpürdeterek içme sesi	10 (90,9)	31 (88,6)	41 (89,1)	p=1,000
Horlama	11 (100,0)	28 (80,0)	39 (84,8)	p=0,171
Tekrarlayan sesler (bacak sallama, kalemi masaya vurma vb.)	9 (81,8)	30 (85,7)	39 (84,8)	p=1,000
Boğaz temizleme	7 (63,6)	30 (85,7)	37 (80,4)	p=0,186
Sakız çiğneme	10 (90,9)	27 (77,1)	37 (80,4)	p=0,421
Burun çekme veya temizleme sesi	9 (81,8)	27 (77,1)	36 (78,3)	p=1,000
Herkese açık telefon görüşmesi	9 (81,8)	26 (74,3)	35 (76,1)	p=1,000
Komşuların konuşma sesleri	7 (63,6)	25 (71,4)	32 (69,6)	p=0,713
Komşuların müzik sesleri	8 (72,7)	24 (68,6)	32 (69,6)	p=1,000
Saat tik takı	7 (63,6)	25 (71,4)	32 (69,6)	p=0,713
Elma/havuç/salatalık vb. ısırma sesi	7 (63,6)	24 (68,6)	31 (67,4)	p=1,000
Çatal bıçak sesleri	7 (63,6)	20 (57,1)	27 (58,7)	p=1,000
Cips/kraker vb. ktırdama sesi	5 (45,5)	20 (57,1)	25 (54,3)	p=0,497
Diğer aletlerin/makinaların sesleri	7 (63,6)	18 (51,4)	25 (54,3)	p=0,478
Öpüşme sesi	7 (63,6)	17 (48,6)	24 (52,2)	p=0,383
Yutma sesi	5 (45,5)	19 (54,3)	24 (52,2)	p=0,609
Poşet hışıltısı	6 (54,5)	17 (48,6)	23 (50,0)	p=0,730
Ağızdan veya burundan nefes alma sesi	2 (18,2)	19 (54,3)	21 (45,7)	p=0,036
Yutkunma sesi	4 (36,4)	17 (48,6)	21 (45,7)	p=0,478
Kalem tıklaması	5 (45,5)	14 (40,0)	19 (41,3)	p= 1,000
Topuklu ayakkabı sesi	7 (63,6)	11 (31,4)	18 (39,1)	p=0,080
Öksürme	5 (45,5)	12 (34,3)	17 (37,0)	p=0,722
Elektrikli süpürge sesi	6 (54,5)	8 (22,9)	14 (30,4)	p=0,065
Tırnak kesme sesi	2 (18,2)	12 (34,3)	14 (30,4)	p=0,460
Yazma ve tıklama	4 (36,4)	10 (28,6)	14 (30,4)	p=0,713
Esneme	3 (27,3)	8 (22,9)	11 (23,9)	p= 1,000
Hayvan sesleri (havlama, mırıldanma vb.)	3 (27,3)	6 (17,1)	9 (19,6)	p=0,664
Işık çalma	2 (18,2)	7 (20,0)	9 (19,6)	p= 1,000
Sayfa çevirme sesi	2 (18,2)	7 (20,0)	9 (19,6)	p= 1,000
Hapşırma	1 (9,1)	7 (20,0)	8 (17,4)	p=0,658
Hıçkırma	1 (9,1)	6 (17,1)	7 (15,2)	p= 1,000

*Ki Kare testi

Olguların mizofoni ses listesinde en fazla rahatsız oldukları/hayatlarını en fazla etkileyen 3 sesin oranları tablo 4.9’da verildi. Tabloya göre en çok rahatsız olunan sesler sırasıyla ağız şapırdatma, yemek yeme/çiğneme sesleri ve sakız çiğnemedir.

Ağız şapırdatma sesinin en çok rahatsız olunan birinci ve ikinci ses olduğu görülmektedir (%52,2 ve %23,9).

Tablo 4.9. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların en çok rahatsız olduğu üç sesin sayısı ve oranları

	Birinci ses	İkinci ses	Üçüncü ses
Rahatsız edici ses	n (%)	n (%)	n (%)
Ağız şapırdatma	24 (52,2)	11 (23,9)	5 (10,9)
Yemek yeme/çiğneme	6 (13,0)	7 (15,2)	3 (6,5)
Sakız çiğneme	6 (13,0)	2 (4,3)	7 (15,2)
Saat tik takı	2 (4,3)	1 (2,2)	2 (4,3)
Tekrarlayan sesler	2 (4,3)	4 (8,7)	2 (4,3)
Ağızdan veya burundan nefes alma	1 (2,2)	2 (4,3)	2 (4,3)
Boğaz temizleme	1 (2,2)	0 (0,0)	3 (6,5)
Burun çekme veya temizleme	1 (2,2)	3 (6,5)	0 (0,0)
Çay/kahve vb. höpürdeterek	1 (2,2)	0 (0,0)	5 (10,9)
Horlama	1 (2,2)	2 (4,3)	4 (8,7)
Topuklu ayakkabı sesi	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Elma/havuç/salatalık vb. ısırma sesi	0 (0,0)	2 (4,3)	0 (0,0)
Kalem tıklaması	0 (0,0)	2 (4,3)	0 (0,0)
Sakız çiğneme	0 (0,0)	2 (4,3)	0 (0,0)
Cips/kraker vb. kıtırdama sesi	0 (0,0)	1 (2,2)	2 (4,3)
Çatal bıçak sesleri	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)
Diş gıcırdatma	0 (0,0)	1 (2,2)	3 (6,5)
Geğirme	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)
Herkese açık telefon görüşmesi	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)
Komşuların konuşma sesleri	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (2,2)
Pet şişe ezilme sesi	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)
Poşet hisiltisi	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)
Yutkunma sesi	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)
Bebek ağlaması	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Hayvan sesleri	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Kapı gıcırması	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Makina sesleri	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Sürtünme sesi	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Yutma sesi	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)

Rahatsız edici seslerle ortaya çıkan duyguları sıklığına göre çoğu zaman-her zaman olarak derecelendirenlerin oranları tablo 4.10'da verildi.

Buna göre duygu sıklığına bakıldığında rahatsız edici seslerle karşılaşıldığında en sık ortaya çıkan duygunun öfke (%89,1) olduğu tespit edildi. Sıklık sırasına göre öfkeyi bunalma/daralma (%82,6), irite olma (%82,6) ve sıkışmış hissetme (%65,2) takip etti. En az ortaya çıkan duygular sırasıyla korku (%2,2), kaygı/endişe (%19,6), panik (%26,1) ve üzüntü/mutsuzluktan (%34,8). Cinsiyete göre istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sese maruz kaldıklarında çoğu zaman veya her zaman ortaya çıkan rahatsız edici duyguların oranları

Duygu	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Öfke	10 (90,9)	31 (88,6)	41 (89,1)	p=1,000
Bunalma/ daralma	10 (90,9)	28 (80,0)	38 (82,6)	p=0,658
İrite olma	10 (90,9)	28 (80,0)	38 (82,6)	p=0,658
Sıkışmış hissetme	7 (63,6)	23 (65,7)	30 (65,2)	p=1,000
İğrenme/ tiksini	5 (45,5)	23 (65,7)	28 (60,9)	p=0,296
Üzüntü /mutsuzluk	4 (36,4)	12 (34,3)	16 (34,8)	p=1,000
Panik	1 (9,10)	11 (31,4)	12 (26,1)	p=0,241
Kaygı/ endişe	4 (36,4)	5 (14,3)	9 (19,6)	p=0,186
Korku	1 (9,10)	0 (0,00)	1 (2,20)	p=0,239

*Ki Kare testi

Rahatsız edici seslerle ortaya çıkan duyguları şiddetli ve çok şiddetli olarak derecelendirenlerin oranları tablo 4.11’de verildi. Olguların %87’sinin şiddetli ve çok şiddetli düzeyde öfke hissettiği tespit edildi. Öfke duygusundan sonra sırasıyla irite olma (%80,4), bunalma/daralma (%63,0), iğrenme/tiksini (%50,0) duygularının şiddetli-çok şiddetli düzeyde hissedildiği tespit edildi. Olguların hiçbirinin sesle karşılaştığında korku duygusunu şiddetli-çok şiddetli düzeyde hissetmediği tespit edildi. Duygu şiddetine göre korkudan sonra en az bildirilen duygular sırasıyla kaygı/endişe (%13,0), üzüntü/mutsuzluk (%15,2) ve panikti (%19,6). Sesle karşılaşıldığında ortaya çıkan duygu şiddetinde cinsiyete göre istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.11. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan duyguların şiddetini “şiddetli-çok şiddetli” bildirenlerin oranları (devam)

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Öfke	8 (72,7)	32 (91,4)	40 (87,0)	p=0,138
İrite olma	9 (81,8)	28 (80,0)	37 (80,4)	p=1,000
Bunalma/daralma	8 (72,7)	21 (60,0)	29 (63,0)	p=0,501
İğrenme/tiksini	5 (45,5)	18 (51,4)	23 (50,0)	$\chi^2=0,000$ df=1 p=1,000
Sıkışmış hissetme	6 (54,5)	16 (45,7)	22 (47,8)	$\chi^2=0,262$ df=1 p=0,609

Tablo 4.11. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan duyguların şiddetini “şiddetli-çok şiddetli” bildirenlerin oranları (devam)

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Üzüntü/mutsuzluk	1 (9,10)	6 (17,1)	7 (15,2)	p=1,000
Panik	2 (18,2)	7 (20,0)	9 (19,6)	p=1,000
Kaygı/ endişe	1 (9,10)	5 (14,3)	6 (13,0)	p=1,000
Korku	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	

***Ki Kare testi**

Rahatsız edici seslerle ortaya çıkan fiziksel belirti sıklığını çoğu zaman ve her zaman olarak derecelendirenlerin oranları tablo 4.12’de verildi. Kırk altı kişiden 9’unda (%19,6) mizofonik tetikleyicilerle karşılaşıldığında herhangi bir fiziksel belirti ortaya çıkmadığı tespit edildi. Fiziksel belirti sıklığına bakıldığında en çok bildirilenler sırasıyla kaslarda/vücutta gerginlik (%67,4) ve kalp atış hızında artış (%50,0) tespit edildi. Tansiyon yükselmesinin en az yaşanan fiziksel belirti olduğu görüldü (%13,0). Fiziksel belirti sıklığında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı. Bulgular tablo 4.12’de verildi.

Tablo 4.12. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan fiziksel belirtilerin sıklığını “çoğu zaman-her zaman” bildirenlerin oranları

Herhangi bir fiziksel belirti	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Yok	3 (27,3)	6 (17,1)	9 (19,6)	p=0,664
Var	8 (72,7)	29 (82,9)	37 (80,4)	
Kaslarda/vücutta gerginlik	5 (45,5)	26 (74,3)	31 (67,4)	p=0,137
Çarpıntı	4 (36,4)	10 (28,6)	14 (30,4)	p=0,713
Kalp atış hızında artış	5 (45,5)	18 (51,4)	23 (50,0)	$\chi^2=0,119$ df=1 p=0,730
Göğüs, kollar, kafa veya tüm vücutta basınç hissi	5 (45,5)	16 (45,7)	21 (45,7)	$\chi^2=0,000$ df=1 p=0,988
Vücut ısısında artış	4 (36,4)	17 (48,6)	21 (45,7)	$\chi^2=0,503$ df=1 p=0,478
Titreme	4 (36,4)	12 (34,3)	16 (34,8)	p=1,000
Nefes darlığı	3 (27,3)	7 (20,0)	10 (21,7)	p=0,682
Terleme	4 (36,4)	6 (17,1)	10 (21,7)	p=0,220
Ağız kuruluğu	3 (27,3)	6 (17,1)	9 (19,6)	p=0,664
Tansiyon yükselmesi	2 (18,2)	4 (11,4)	6 (13,0)	p=0,619

***Ki Kare testi**

Rahatsız edici seslerle ortaya çıkan fiziksel belirtileri şiddetli ve çok şiddetli olarak derecelendirenlerin oranları tablo 4.13’de verildi. En çok bildirilen fiziksel belirtiler

sırasıyla kaslarda/vücutta gerginlik (%58,7) ve göğüs, kollar, kafa veya tüm vücutta basınç hissi (%47,8) olarak tespit edildi. Tansiyon yükselmesi şiddet olarak en az bildirilen fiziksel belirti oldu (%8,70). Fiziksel belirti şiddetinde cinsiyete göre istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.13. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan fiziksel belirtilerin şiddetini “şiddetli-çok şiddetli” bildirenlerin oranları

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Kaslarda/vücutta gerginlik	6 (54,5)	21 (60,0)	27 (58,7)	p=1,000
Göğüs, kollar, kafa veya tüm vücutta basınç hissi	5 (45,5)	17 (48,6)	22 (47,8)	$\chi^2=0,033$ df=1 p=0,857
Kalp atış hızında artış	4 (36,4)	13 (37,1)	17 (37,0)	p=1,000
Titreme	3 (27,3)	10 (28,6)	13 (28,3)	p=1,000
Nefes darlığı	3 (27,3)	9 (25,7)	12 (26,1)	p=1,000
Terleme	4 (36,4)	7 (20,0)	11 (23,9)	p=0,418
Vücut ısısında artış	1 (9,10)	10 (28,6)	11 (23,9)	p=0,251
Çarpıntı	3 (27,3)	5 (14,3)	8 (17,4)	p=0,374
Ağız kuruluğu	2 (18,2)	5 (14,3)	7 (15,2)	p=1,000
Tansiyon yükselmesi	2 (18,2)	2 (5,70)	4 (8,70)	p=0,238

***Ki Kare testi**

Rahatsız edici seslerle ortaya çıkan başa çıkma ve kaçınma davranışlarının sıklığını çoğu zaman ve her zaman olarak derecelendirenlerin oranları tablo 4.14’de verildi. Sesi olduğu ortamı terk etme (n=40, %87,0) en çok bildirilen başa çıkma davranışı oldu. Bunu sırasıyla ses çıkaran kişiyi uyarma/sesi susturma (n=38, %82,6) ve sesi duyabileceği yerlere girmeme (n=34, %73,9) takip etti.

Rahatsız edici sesle başa çıkma için alkol kullanma hiçbir olgu tarafından bildirilmezken, sesi taklit etme (n=2 %4,3) ve sigara içme (n= 8 %17,4) en az bildirilen başa çıkma davranışları oldu. Başa çıkma ve kaçınma davranışlarında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.14. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konularının sese maruz kaldıklarında ortaya çıkan başa çıkma ve kaçınma davranışlarını “çoğu zaman-her zaman” bildirenlerin oranları

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Sesin olduğu ortamı terk etme	10 (90,9)	30 (85,7)	40 (87,0)	p=1,000
Ses çıkaran kişiyi uyarma/Sesi susturma	9 (81,8)	29 (82,9)	38 (82,6)	p=1,000
Sesi duyabileceği yerlere girmeme	8 (72,7)	26 (74,3)	34 (73,9)	p=1,000
Dikkatini başka bir şeye yönlendirmeye çalışma	6 (54,5)	22 (62,9)	28 (60,9)	p=0,728
Müzik dinleme	5 (45,5)	18 (51,4)	23 (50,0)	$\chi^2=0,119$ df=1 p=0,730
Sesi bastırarak gürültü çıkarma	4 (36,4)	12 (34,3)	16 (34,8)	p=1,000
Kulak tıkacı takma/Kulakları kapatma	2 (18,2)	13 (37,1)	15 (32,6)	p=0,296
Sigara içme	3 (27,3)	5 (14,3)	8 (17,4)	p=0,374
Sesi taklit etme	2 (18,2)	0 (0,0)	2 (4,3)	p=0,053
Alkol kullanma	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

***Ki Kare testi**

Olguların mizofoni belirtilerinin başlangıç yaşı, başlatan bir olay, travmatik yaşantı olup olmaması ve seyri ile ilişkili özellikleri tablo 4.15’de verildi. Seslerden rahatsız olmanın başlama yaşı ortalaması $15,65 \pm 4,78$ bulundu. Mizofoni belirtilerinin başlama yaşı gruplara ayrıldığında olguların 9’unda (%19,6) 13 yaşından önce, 29’unda (%63,0) 13-18 yaş aralığında, 8’inde (%17,4) 18 yaşından sonra başladığı tespit edildi. Olguların 40’ı (%87,0) mizofoni belirtilerini başlatan bir olay olmadığını, 6’sı (%13,0) başlatan bir olay olduğunu bildirdi. Olguların 36’sında (%78,3) travmatik yaşantı tespit edilmezken, 10 kişide (%21,7) DSM V’in travma tanımına göre travmatik yaşantı tespit edildi. Erkeklerde travmatik yaşantı oranı %9,10 iken kadınlarda %25,7’di, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,410).

Olguların 36’sı (%78,3) belirtilerin azaldığı dönemler olmadığını bildirdi. Olguların 25’i (%54,3) belirtilerin arttığı dönemler olmadığını, 21’i (%45,7) belirtilerin arttığı dönemler olduğunu bildirdi. Başlangıçtan itibaren belirtilerin şiddetinin seyri sorulduğunda olguların 24’ü (%52,2) arttı, 16’sı (%34,8) başladığından beri aynı, 6’sı (%13,0) arada düzeliyor başlıyor yanıtı verirken, olguların hiçbirisi başlangıçtan

itibaren belirtilerin şiddetinin seyrinin azaldığını bildirmedi. Belirtilerin başlangıcı ve seyri ile ilişkili bulgulara cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.15. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların mizofoni belirtilerinin başlangıcı ve seyri ile ilişkili özellikler

Değişkenler		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Başlama yaşı (Ort ± SS)		16,73±3,93	15,31±5,03	15,65±4,78	U=146,000 Z=-1,213 p=0,225
Başlama yaşı	<13	0 (0,00)	9 (25,7)	9 (19,6)	x ² =3,855 df=2 p=0,145
	13-18	8 (72,7)	21 (60,0)	29 (63,0)	
	>18	3 (27,3)	5 (14,3)	8 (17,4)	
Başlatan bir olay?	Yok	10 (90,9)	30 (85,7)	40 (87,0)	p=1,000
	Var	1 (9,10)	5 (14,3)	6 (13,0)	
Travmatik yaşantı?	Yok	10 (90,9)	26 (74,3)	36 (78,3)	p=0,410
	Var	1 (9,10)	9 (25,7)	10 (21,7)	
Belirtilerin azaldığı dönemler	Yok	10 (90,9)	26 (74,3)	36 (78,3)	p=0,410
	Var	1 (9,10)	9 (25,7)	10 (21,7)	
Belirtilerin arttığı dönemler	Yok	6 (54,5)	19 (54,3)	25 (54,3)	x ² =0,000 df=1 p=0,988
	Var	5 (45,5)	16 (45,7)	21 (45,7)	
Başlangıçtan itibaren belirtilerin şiddetinin seyri?	Arttı	5 (45,5)	19 (54,3)	24 (52,2)	x ² =0,428 df=2 p=0,807
	Azaldı	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
	Aynı	4 (36,4)	12 (34,3)	16 (34,8)	
	Arada düzelip başlıyor	2 (18,2)	4 (11,4)	6 (13,0)	

*Ki Kare testi ve Mann Whitney U testi

Mizofoni belirtilerinin ortaya çıkışında ilk rahatsız olunan ve sonra sırasıyla eklenen tetikleyici ilk 3 ses soruldu (Tablo 4.16). Olguların 20'si (%43,5) ilk rahatsız oldukları sesin ağız şapırdatma olduğunu bildirdi. Ağız şapırdatma, sakız çiğneme, yemek yeme/çiğneme ve horlama seslerinin belirtilerin ortaya çıkış döneminde çoğunlukla ilk rahatsız olunan sesler olduğu tespit edildi.

Tablo 4.16. Ortaya çıkış sırasına göre ilk rahatsız olunan üç tetikleyici ses

Rahatsız edici ses	Birinci ses	İkinci ses	Üçüncü ses
	n (%)	n (%)	n (%)
Ağız şapırdatma	20 (43,5)	8 (17,4)	10 (21,7)
Sakız çiğneme	5 (10,9)	1 (2,2)	3 (6,5)
Yemek yeme/çiğneme	3 (6,5)	9 (19,6)	1 (2,2)
Boğaz temizleme	2 (4,3)	0 (0,0)	1 (2,2)
Horlama	2 (4,3)	5 (10,9)	2 (4,3)
Makina sesleri	2 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Saat tik takı	2 (4,3)	2 (4,3)	1 (2,2)
Ağızdan veya burundan nefes alma sesi	1 (2,2)	0 (0,0)	2 (4,3)
Bebek ağlaması	1 (2,2)	0 (0,0)	2 (4,3)
Cips/kraker vb. ktırdama sesi	1 (2,2)	1 (2,2)	1 (2,2)
Çatal bıçak sesleri	1 (2,2)	1 (2,2)	0 (0,0)
Çay/kahve vb. hüpürdeterek içme sesi	1 (2,2)	1 (2,2)	3 (6,5)
Diş gıcırdatma	1 (2,2)	4 (8,7)	0 (0,0)
Elma/havuç/salatalık vb. ısırma	1 (2,2)	2 (4,3)	3 (6,5)
Hatırlamıyor	1 (2,2)	3 (6,5)	6 (13,0)
Su damlama sesi	1 (2,2)	2 (4,3)	0 (0,0)
Topuklu ayakkabı sesi	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (2,2)
Sürtünme sesi	0 (0,0)	3 (6,5)	1 (2,2)
Burun çekme veya temizleme sesi	0 (0,0)	2 (4,3)	0 (0,0)
Bacak sallama	0 (0,0)	1 (2,2)	1 (2,2)
Toplu taşımada müzik sesi	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)
Geğirme	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,3)
Tekrarlayan sesler	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,3)
Kalem tıklaması	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Poşet hışıltısı	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Tespih sesi	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)
Yutkunma	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,2)

Seslerden rahatsız olmayı arttıran-azaltan faktörler, rahatsız olma durumunun sesi çıkaran kişiye göre değişimi ve tekrarlayan seslerin daha rahatsız edici olup olmadığı ile ilgili bulgular tablo 4.17’de verildi. Olguların 27’si (%58,7) seslerden rahatsız olmalarını arttıran etkenler olduğunu bildirdi. Otuz dört olgu (%73,9) seslerden rahatsız olmayı azaltan etken bulunmadığını bildirdi. Olguların 25’i (%54,3) rahatsız olma durumunun sesi çıkaran kişiye göre değişmediğini bildirdi. Olguların 27’si (%58,7) tetikleyici sesleri kendileri çıkardığı zaman rahatsız olduklarını, 39’u (%84,8) tekrarlayan sesleri daha rahatsız edici bulduklarını bildirdiler.

Tablo 4.17. Mizofoni belirtilerini arttıran-azaltan faktörler, rahatsız olma durumunun sesi çıkaran kişiye göre değişimi ve tekrarlayan seslerin daha rahatsız edici olup olmadığı bilgileri

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Seslerden rahatsız olmayı arttıran etkenler	Yok	3 (27,3)	16 (45,7)	19 (41,3)	p=0,320
	Var	8 (72,7)	19 (54,3)	27 (58,7)	
Seslerden rahatsız olmayı azaltan etkenler	Yok	9 (81,8)	25 (71,4)	34 (73,9)	p=0,701
	Var	2 (18,2)	10 (28,6)	12 (26,1)	
Tetikleyici seslerden rahatsız olma durumunun kişiye göre değişimi	Yok	7 (63,6)	18 (51,4)	25 (54,3)	x ² =0,131 df=1 p=0,717
	Var	4 (36,4)	17 (48,6)	21 (45,7)	
Tetikleyici sesleri kendi çıkardığı zaman rahatsız oluyor mu?	Hayır	6 (54,5)	13 (37,1)	19 (41,3)	p=0,484
	Evet	5 (45,5)	22 (62,9)	27 (58,7)	
Tekrarlayan sesler daha mı kötü?	Hayır	1 (9,10)	6 (17,1)	7 (15,2)	p=1,000
	Evet	10 (90,9)	29 (82,9)	39 (84,8)	

***Ki Kare testi**

Seslerden rahatsız olmayı azaltan ve azaltan etkenler varsa ne oldukları açık uçlu soruldu (Tablo 4.18). Seslerden rahatsız olmayı arttıran etkenlere bakıldığında olguların 9’u (%19,6) ‘moralim bozuk olduğunda’, 5’i (%10,9) ‘uyarmama rağmen ses çıkarılmaya devam edilmesi’, 4’ü (%8,7) ‘sessiz ortamda rahatsız edici sesle karşılaşma’ yanıtlarını verdiler.

Azaltan etkenlere bakıldığında olguların 5’i (%10,9) ‘moralim iyi olduğunda’, 4’ü (%8,7) ‘gürültülü ortamda rahatsız edici sesle karşılaşma’ yanıtlarını verdiler. Madde kullanan 1 kişi (%2,2) bonzai (sentetik kannabinoid) kullandığında seslerden daha az rahatsız olduğunu bildirdi.

Tablo 4.18. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların tetikleyici seslerden rahatsız olmalarını arttıran ve azaltan durumlar

Sesten rahatsız olmayı arttıran durumlar	n (%)	Sesten rahatsız olmayı azaltan durumlar	n (%)
Moralim bozuk olduğunda	9 (19,6)	Moralim iyi olduğunda	5 (10,9)
Uyarmama rağmen ses çıkarılmaya devam edilmesi	5 (10,9)	Gürültülü ortamda rahatsız edici sesle karşılaşma	4 (8,7)
Sessiz ortamda rahatsız edici sesle karşılaşma	4 (8,7)	Bonzai içtiğimde	1 (2,2)
Yorgun olduğumda	3 (6,5)	Sessiz ortam	1 (8,3)
Kalabalıkta	2 (4,3)	Sohbet ederken	1 (8,3)
Rahatsız olduğumu bilen kişiler sesi çıkardığında	2 (4,3)		
Sevmediğim kişi çıkardığında	1 (2,2)		
Sıcak havada	1 (2,2)		

Seslerden rahatsız olma durumu sesi çıkaran kişiye göre değişiyorsa kim çıkardığında daha çok rahatsız olunduğu soruldu (Tablo 4.19). On beş kişi (%32,6) tetikleyici sesleri sevmediği insanlar çıkardığında daha çok rahatsız olduğunu bildirdi. Bundan sonra en çok bildirilen 3 kişi sırasıyla baba, kardeş ve anne olmak üzere diğer 1.derece akrabalar oldu.

Tablo 4.19. Tetikleyici seslerden rahatsız olma durumunun kişiye göre değişimi oranlarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Sevmediği insanlar	2 (18,2)	13 (37,1)	15 (32,6)	p=0,296
Baba	2 (18,2)	8 (22,9)	10 (21,7)	p=1,000
Kardeş	3 (27,3)	5 (14,3)	8 (17,4)	p=0,374
Anne	3 (27,3)	4 (11,4)	7 (15,2)	p=0,333
Tanımadığı insanlar	1 (9,1)	6 (17,1)	7 (15,2)	p=1,000
Diğer akrabalar	2 (18,2)	4 (11,4)	6 (13)	p=0,619
Partner/eş	2 (18,2)	2 (5,7)	4 (8,7)	p=0,238
Sevdiği insanlar	2 (18,2)	2 (5,7)	4 (8,7)	p=0,238
Tanıdığı diğer insanlar	0 (0,0)	4 (11,4)	4 (8,7)	p=0,559

*Ki Kare testi

Olguların görsel tetikleyicilerden rahatsız olma durumları, oluyorsa nelerden rahatsız oldukları ve görsel tetikleyicilerin sesle birlikte olmadığında rahatsızlık verme durumu tablo 4.20’de verildi. Olguların 37’si (%80,4) görsel tetikleyicilerden

rahatsız olduğunu bildirdi. Kadınların rahatsız olma oranları (%88,6) erkeklerle (%54,5) göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p=0,025$). Otuz yedi kişinin 28'i (%75,7) bacak sallanmasını, 12'si (%32,4) eli titreyen birini, 15'i (%40,5) yemek yenmesini, 7'si (%18,9) şeftali/limon yenmesini görmenin mizofoni belirtilerini tetiklediğini bildirdi. Görsel tetikleyicilerden rahatsız olan 37 kişiden 28'i (%75,7) görsel tetikleyici ile karşılaştıklarında rahatsız edici ses duymasalar da rahatsız olduklarını bildirdiler.

Tablo 4.20. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların görsel tetikleyicilerden rahatsız olma oranları ve varsa görsel tetikleyicilerin neler olduğu

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Herhangi bir görsel tetikleyicilerden rahatsız olma durumu	Yok	5 (45,5)	4 (11,4)	9 (19,6)	$p=0,025$
	Var	6 (54,5)	31 (88,6)	37 (80,4)	
Bacak sallanması	Yok	3 (50,0)	6 (19,4)	9 (24,3)	$p=0,140$
	Var	3 (50,0)	25 (80,6)	28 (75,7)	
Eli titreyen birini görme	Yok	4 (66,7)	21 (67,7)	25 (67,6)	$p=1,000$
	Var	2 (33,3)	10 (32,3)	12 (32,4)	
Yemek yenmesi	Yok	4 (66,7)	18 (58,1)	22 (59,5)	$p=1,000$
	Var	2 (33,3)	13 (41,9)	15 (40,5)	
Şeftali/limon yenmesi	Yok	4 (66,7)	26 (83,9)	30 (81,1)	$p=0,315$
	Var	2 (33,3)	5 (16,1)	7 (18,9)	
Rahatsız edici ses ile birlikte olmadığında görsel tetikleyicilerin rahatsızlık verme durumu	Yok	1 (16,7)	8 (25,8)	9 (24,3)	$p=1,000$
	Var	5 (83,3)	23 (74,2)	28 (75,7)	

*Ki Kare testi

Mizofoni belirtilerinin değişik nedenlerle günlük yaşamı etkileme düzeylerinde cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı. Olguların 38'i (%82,6) sesler nedeniyle herhangi bir şeyi yapamadığını bildirdi. 'Sesler nedeniyle gidemediğiniz herhangi bir yer var mı?' sorusuna 14 kişi (%30,4) olumlu cevap verirken olguların 32'si (%69,6) gidemediği herhangi bir yer olmadığını bildirdi. Kırk bir kişi (%89,1) seslerin sosyal ilişkilerine olumsuz etkisi olduğunu bildirdi. Erkeklerde bu oran %100 iken kadınlarda %85,7'ydi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,317$). Olguların 21'i (%45,7) seslerden rahatsız olmanın gün içerisinde 1 saatten az, 25'i (%54,3) 1 saat veya daha fazla zamanını aldığını bildirdi. 'Seslerden rahatsız olmanın yaşamı ne ölçüde sınırladığı (iş, ev vb.)?' sorusuna olguların 22'si

(%47,8) orta, 14'ü (%30,4) çok, 1'i (%2,20) hiç ve 9'u (%19,6) hafif cevabını verdi (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Mizofoni belirtilerinin değişik nedenlerle günlük yaşamı etkileme düzeyi oranlarının cinsiyete göre dağılımı

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Sesler nedeniyle herhangi bir şeyi yapamama	Var	10 (90,9)	28 (80,0)	38 (82,6)	p=0,658
	Yok	1 (9,10)	7 (20,0)	8 (17,4)	
Sesler nedeniyle gidemediği herhangi bir yer	Var	2 (18,2)	12 (34,3)	14 (30,4)	p=0,460
	Yok	9 (81,8)	23 (65,7)	32 (69,6)	
Seslerin sosyal ilişkilere olumsuz etkisi	Var	11 (100)	30 (85,7)	41 (89,1)	p=0,317
	Yok	0 (0,00)	5 (14,3)	5 (10,9)	
Seslerden rahatsız olmanın gün içerisinde ne kadar zaman aldığı	<1 saat	6 (54,5)	15 (42,9)	21 (45,7)	x ² =0,110 df=1 p=0,740
	≥1 saat	5 (45,5)	20 (57,1)	25 (54,3)	
Seslerden rahatsız olmanın yaşamı ne ölçüde sınırlandırdığı (iş, ev vb.)	Orta	7 (63,6)	15 (42,9)	22 (47,8)	p=0,682
	Çok	1 (9,10)	13 (37,1)	14 (30,4)	
	Hafif	2 (18,2)	7 (20,0)	9 (19,6)	
	Hiç	1 (9,10)	0 (0,00)	1 (2,20)	

***Ki Kare testi**

Olguların mizofoni belirtileri ile ilgili iç görüşü ve mevcut poliklinik başvurusunun nedeni ile ilgili bulgular tablo 4.22'de verildi. Olguların 32'si (%69,6) seslerden rahatsız olmayı mantıksız ya da aşırı bulduğunu bildirdi. Olguların %41,3'ü mizofoniye hastalık olarak görmediğini bildirdi, bu oran erkeklerde %63,6 kadınlarda %34,3'tü ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,159). Olguların 18'i (%39,1) mizofoniye ruhsal hastalık, 1'i (%2,2) fiziksel hastalık, 8'i (%17,4) hem ruhsal hem fiziksel bir hastalık olarak değerlendirdi.

Olguların 4'ünün (%8,7) daha önce mizofoni belirtileri için psikiyatriye başvurduğu, 42'sinin (%91,3) başvurmadığı tespit edildi.

Tablo 4.22. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların iç görü durumları (devam)

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Sesten rahatsız olmayı mantıksız ya da aşırı bulma	Evet	6 (54,5)	26 (74,3)	32 (69,6)	p=0,269
	Hayır	5 (45,5)	9 (25,7)	14 (30,4)	

Tablo 4.22. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların iç görü durumları (devam)

Seslerden rahatsızlık duymayı nasıl değerlendirdiği	Hastalık değil	7 (63,6)	12 (34,3)	19 (41,3)	p=0,159
	Ruhsal hastalık	2 (18,2)	16 (45,7)	18 (39,1)	
	Fiziksel hastalık	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,2)	
	Her ikisi de	2 (18,2)	6 (17,1)	8 (17,4)	
Seslerden rahatsız olma nedeniyle önceki psikiyatri başvurusu	Evet	0 (0,00)	4 (11,4)	4 (8,7)	p=0,559
	Hayır	11 (100)	31 (88,6)	42 (91,3)	

***Ki Kare testi**

Çalışmaya davet edildiği sıradaki poliklinik başvuru nedeni sorulduğunda 3 (%6,5) olgu mizofoni belirtileri için başvurduğunu, 43 (%93,5) olgunun ise mizofoni belirtileri dışındaki şikayetlerle polikliniğe başvurduğu tespit edildi. Mevcut poliklinik başvuru sebebi mizofoni belirtileri olmayan olgulara başvuru nedeni açık uçlu olarak sorulduğunda, ilk 3 başvuru nedeninin sırasıyla depresif belirtiler (%41,3), sinirlilik (%23,9) ve anksiyete olduğu (%17,4) tespit edildi. Mizofoni belirtisi yaşayan kadınların daha çok depresif belirtilerle (%45,7), erkeklerin ise daha çok sinirlilik şikayetiyle (%45,5) polikliniğe başvurduğu tespit edildi. Poliklinik başvuru nedenlerinde cinsiyete göre istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların başvuru nedenleri

	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Mizofoni belirtileri	0 (0,0)	3 (8,6)	3 (6,5)	p=1,000
Depresif belirtiler	3 (27,3)	16 (45,7)	19 (41,3)	p=0,320
Sinirlilik	5 (45,5)	6 (17,1)	11 (23,9)	p=0,100
Anksiyete belirtileri	3 (27,3)	5 (14,3)	8 (17,4)	p=0,374
Bipolar bozukluk kontrol muayenesi	0 (0,0)	2 (5,7)	2 (4,3)	p=1,000
Dikkat dağınıklığı	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,2)	p=1,000
İlişki sorunları	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,2)	p=1,000
Saç yolma	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,2)	p=1,000

***Ki Kare testi**

Olguların DSM-5'e göre psikiyatrik tanıları tablo 4.24'de verildi. Kırk altı olgunun 15'inde (%32,6) ek psikiyatrik tanı saptanmadı. En sık tespit edilen psikiyatrik bozukluklar sırasıyla majör depresyon (%23,9) ve obsesif kompulsif bozukluk (%10,9) idi. En sık tespit edilen kişilik bozukluğu ise sınırda kişilik bozukluğu

(%15,2) ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%10,9) idi. Olguların psikiyatrik tanı oranlarında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.24. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların DSM-5'e göre psikiyatrik tanıları

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Herhangi ek psikiyatrik tanı veya kişilik bozukluğu	Yok	4 (36,4)	11 (31,4)	15 (32,6)	p=1,000
	Var	7 (63,6)	24 (68,6)	31 (67,4)	
Herhangi bir psikiyatrik bozukluk	Yok	5 (45,5)	15 (42,9)	20 (43,5)	p=1,000
	Var	6 (54,5)	20 (57,1)	26 (56,5)	
Major depresyon		4 (36,3)	7 (20,0)	11 (23,9)	p=0,418
Obsesif kompulsif bozukluk		1 (9,1)	4 (11,4)	5 (10,9)	p=1,000
Panik bozukluk		1 (9,1)	2 (5,7)	3 (6,5)	p=1,000
Bipolar bozukluk		0 (0,0)	2 (5,7)	2 (4,3)	p=1,000
Yaygın anksiyete bozukluğu		1 (9,1)	1 (2,8)	2 (4,3)	p=1,000
Alkol bağımlılığı		1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,2)	p=0,239
DEHB		0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,2)	p=1,000
Distimi		0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,2)	p=1,000
Kannabis kullanım bozukluğu		0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,2)	p=1,000
Konversiyon bozukluğu		0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,2)	p=1,000
Travma sonrası stres bozukluğu		1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,2)	p=0,239
Trikotillomani		0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,2)	p=1,000
Herhangi bir kişilik bozukluğu tanısı	Yok	10 (90,9)	23 (65,7)	33 (71,7)	p=0,141
	Var	1 (9,1)	12 (34,3)	13 (28,3)	
Sınırdaki kişilik bozukluğu		0 (0,0)	7 (20,0)	7 (15,2)	p=0,171
Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu		0 (0,0)	4 (11,4)	4 (8,7)	p=0,559
Kaçıngan kişilik bozukluğu		1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,2)	p=0,239
Narsisistik kişilik bozukluğu		0 (0,0)	1 (2,8)	1 (2,2)	p=1,000

*Ki Kare testi

Olguların psikiyatrik ilaç kullanımı bilgileri tablo 4.25'de verildi. On bir (%23,9) olgunun görüşme döneminde psikiyatrik ilaç kullanmadığı tespit edildi. Olguların 33'ünün (%76,1) antidepresan, 6'sının (%13,0) antipsikotik ve 3'ünün (%6,5) duygudurum dengeleyici ilaç kullandığı tespit edildi. Antipsikotik kullanımı sıklığı erkeklerde %36,4 iken kadınlarda %5,7 tespit edildi ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,023).

Tablo 4.25. Ayaktan psikiyatri hastalarında önerilen ölçütlere göre mizofoni tanısı konulanların psikiyatrik ilaç kullanım oranları

		Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	İstatistik*
Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	3 (27,3)	8 (22,9)	11 (23,9)	p=1,000
	Var	8 (72,7)	27 (77,1)	35 (76,1)	
Antidepresan kullanımı	Yok	3 (27,3)	10 (28,6)	13 (28,3)	p=0,682
	Var	8 (72,7)	25 (71,4)	33 (71,7)	
Antipsikotik kullanımı	Yok	7 (63,6)	33 (94,3)	40 (87,0)	p=0,023
	Var	4 (36,4)	2 (5,7)	6 (13,0)	
Duygudurum dengeleyici kullanımı	Yok	11 (100,0)	32 (91,4)	43 (93,5)	p=1,000
	Var	0 (0,0)	3 (8,6)	3 (6,5)	

*Ki Kare testi

4.2. Mizofoni belirti listesi ve diğer ölçeklerle ilgili bulgular

Mizofoni Toplam Puanı (MTP) ile olgulara uygulanan diğer ölçeklerin korelasyon analizi sonuçları tablo 4.26’da verildi. Mizofoni Toplam Puanı ile işlevselliği değerlendiren GAS arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($r=-0,338$, $p=0,021$). MTP ile KİDO arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,422$, $p=0,004$). MTP ile WHOQOL-BREEF-TR’nin Psikolojik Sağlık Alanı ($r=-0,395$, $p=0,007$), Sosyal İlişkiler Alanı ($r=-0,292$, $p=0,049$), Çevre Alanı-Global ($r=-0,372$, $p=0,011$), Çevre Alanı-Kültüre Özgü ($r=-0,399$, $p=0,006$) ve Genel Sağlık Alanı ($r=-0,454$, $p=0,002$) alt parametrelerinde negatif yönde anlamlı korelasyon saptandı. MTP ile HAM-A ($r=0,418$, $p=0,004$) ve HAM-D ($r=0,386$, $p=0,008$) ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı.

Tablo 4.26. Mizofoni Toplam Puanı ile olgulara uygulanan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri

	r	p*
GAS	-0,338	0,021
KİDO	0,422	0,004
WHOQOL-BREEF-TR		
Fiziksel Sağlık Alanı	-0,221	0,139
Psikolojik Sağlık Alanı	-0,395	0,007
Sosyal İlişkiler Alanı	-0,292	0,049
Çevre Alanı-Global	-0,372	0,011
Çevre Alanı-Kültüre Standardize	-0,399	0,006
Genel Sağlık Alanı	-0,454	0,002
Ham-A	0,418	0,004
Ham-D	0,386	0,008
YBOKÖ	0,186	0,217

*Pearson ve Spearman korelasyon analizleri

Eşlik eden psikiyatrik tanı konulmayan olguların, Mizofoni Toplam Puanı ile uygulanan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri tablo 4.27’de verildi. Mizofoni

Toplam Puanı ile HAM-D ölçeği arasında pozitif yöne anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,525$, $p=0,044$). MTP ile YBOKÖ arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,537$, $p=0,039$). Mizofoni dışında eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olmayan olguların MTP puanı ile HAM-A, GAS, KİDO, WHOQOL-BREEF-TR ölçekleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı.

Tablo 4.27. Eşlik eden psikiyatrik tanı konulmayan olguların Mizofoni Toplam Puanı ile uygulanan diğer ölçeklerin korelasyon analizleri

	r	p*
GAS	-0,146	0,605
KİDO	0,337	0,220
WHOQOL-BREEF		
Fiziksel Sağlık	-0,402	0,138
Psikolojik Sağlık	-0,281	0,310
Sosyal İlişkiler	-0,162	0,564
Çevre Alanı-Global	-0,397	0,143
Çevre Alanı-Kültüre Özgü	-0,445	0,097
Genel Sağlık	-0,499	0,058
Ham-A	0,372	0,172
Ham-D	0,525	0,044
YBOKÖ	0,537	0,039

***Pearson ve Spearman korelasyon analizleri**

Mizofoni dışında eşlik eden psikiyatrik tanısı olmayan ve olan olguların ölçek puanlarının karşılaştırılması tablo 4.28’de verildi. Eşlik eden psikiyatrik tanısı olmayan olguların, olanlara göre HAM-A ve HAM-D ölçekleri puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulundu ($t(44)=2,370$ $p=0,022$, $t(44)=-2,359$ $p=0,023$). Eşlik eden psikiyatrik tanısı olmayan olguların, olanlara göre işlevselliği ölçen GAS skor ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t(44)=3,092$, $p=0,003$). Eşlik eden psikiyatrik tanısı olmayan olguların, olanlara göre WHOQOL-BREEF-TR alt parametrelerinden Psikolojik Sağlık Alanı ve Sosyal İlişkiler Alanı skorları anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t(44)=2,170$ $p=0,035$, $t(44)=2,305$ $p=0,026$). Uygulanan diğer ölçeklerde iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 4.28. Psikiyatrik tanısı olmayan ve olan olguların uygulanan ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Psikiyatrik tanısı olmayan Ort±ss	Psikiyatrik tanısı Olan Ort±ss	İstatistik*
Mizofoni Toplam Puanı	126,46±38,70	145,84±30,58	$t(44)=-1,845$ $p: 0,072$
HAM-A	10,73±3,15	14,06±4,96	$t(44)=2,370$ $p=0,022$
HAM-D	8,00±3,36	11,71±5,60	$t(44)=-2,359$

Tablo 4.28. Psikiyatrik tanısı olmayan ve olan olguların uygulanan ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

	Psikiyatrik tanısı olmayan Ort±ss	Psikiyatrik tanısı Olan Ort±ss	İstatistik*
			p=0,023
YBOKÖ	2,80±3,71	5,06±8,18	U=228,000 Z=-0,117 p=0,907
KİDÖ	23,93± 10,99	28,35±12,67	t (44)=-1,155 p=0,254
GAS	74,00± 9,10	65,16±0,08	t (44)=3,092 p=0,003
WHOQOL-BREF			
Fiziksel Sağlık Alanı	53,00±11,56	49,06±11,98	t (44)=1,056 p=0,297
Psikolojik Sağlık Alanı	56,33±9,98	47,93±13,24	t (44)=2,170 p=0,035
Sosyal İlişkiler Alanı	61,66±18,35	45,74±23,46	t (44)=2,305 p=0,026
Çevre Alanı-Global	61,06±15,63	57,25±20,05	t (44)=0,645 p=0,522
Çevre Alanı-Kültüre Standardize	59,26±16,09	54,77±18,96	t (44)=0,789 p=0,434
Genel Sağlık Alanı	56,40±11,75	49,51±13,28	t (44)=1,707 p=0,095

*Student T testi ve Mann-Whitney U testi

Mizofoni toplam puanın sosyodemografik değişkenler ve mizofoni şiddetini etkileyebileceğini düşündüğümüz çeşitli klinik durumlarla ilişkisi tablo 4.29’da verildi. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, hane aylık geliri, yaşanan bölge gibi sosyodemografik değişkenlerde ve sigara/alkol kullanımı, ek psikiyatrik hastalık, kulak çınlaması, travmatik yaşantı olup olmaması gibi çeşitli klinik durumlarda Mizofoni Toplam Puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı.

MTP ortalaması fiziksel belirti yaşayan olgularda, yaşamayan olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (U=37,500, Z=-3,573, p=0,000). Seslerden rahatsız olmanın gün içerisinde ‘1 saat veya fazla’ zaman aldığını bildirenlerin Mizofoni Toplam Puanı ‘1 saatten az’ bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (U=158,000, Z=-2,305, p=0,021). Seslerden rahatsız olmanın yaşamı ne ölçüde sınırladığı ile ilgili soruya orta-çok cevabını verenlerin MTP ortalamaları hiç-hafif cevabını verenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (t (44)=-4,768, p=0,000).

Tablo 4.29. Sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlara göre MTP alt bölüm puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

		n	Mizofoni Toplam Puanı Ort±ss	İstatistik*
Cinsiyet	Erkek	11	137,73±49,42	t (44)=-0,150 p=0,883
	Kadın	35	140,08±28,87	
Yaş	≤30	25	139,44±34,79	U=254,500 Z=-0,176 p=0,860
	>30	21	139,62±34,47	
Eğitim	Liseye kadar	24	139,50±39,00	U= 255,500 Z=-0,187 p=0,852
	Üniversite ve üzeri	22	139,54±29,13	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	24	138,08±29,92	t (44)=-0,294 p=0,770
	Çalışıyor	22	141,09±39,10	
Hane aylık geliri	≤5000	23	136,65±39,11	U= 252,000 Z=-0,275 p=0,784
	>5000	23	142,39±29,21	
Hane kişi sayısı	≤2	9	140,00±21,47	U= 166,000 Z=-0,014 p=0,989
	>2	37	139,40±36,94	
Yaşadığı bölge	Kırsal	4	139,50±22,59	U= 83,000 Z=-0,039 p=0,969
	Kentsel	42	139,52±35,36	
Sigara	Yok	22	138,95±32,76	U= 248,000 Z=-0,352 p=0,725
	Var	24	140,04±36,27	
Alkol	Yok	35	142,97±29,86	t (44)=1,225 p=0,342
	Var	11	128,54±45,54	
Ek Fiziksel Hastalık	Yok	30	136,53±35,40	U= 212,500 Z=-0,634 p=0,526
	Var	16	145,12±32,36	
Uyku Sorunu	Yok	15	135,20±29,70	t (44)=-0,591 p=0,558
	Var	31	141,61±36,53	
Kulak Çınlaması	Yok	33	135,03±36,43	t (44)=-1,433 p=0,159
	Var	13	150,92±25,78	
Ailede Mizofoni	Yok	27	141,03±36,55	t (44)=-0,053 p=0,621
	Var	19	135,25±27,68	
Travmatik Yaşantı	Yok	36	139,17±37,65	t (44)=-0,132 p=0,851
	Var	16	140,80±18,81	
Poliklinik Başvuru Nedeni	Mizofoni belirtileri	3	146,00±31,32	U=59,000 Z=-0,245 p=0,807
	Diğer	43	139,07±34,75	
Fiziksel belirti	Yok	9	101,22±28,47	U=37,500 Z=-3,573 p=0,000
	Var	37	148,84±28,82	
Seslerden rahatsız olmanın günde aldığı süre	<1 saat	21	126,81±38,72	U=158,000 Z=-2,305 p=0,021
	≥1 saat	25	150,20±26,29	

Tablo 4.29. Sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlara göre MTP alt bölüm puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

		n	Mizofoni Toplam Puanı Ort±ss	İstatistik*
Seslerden rahatsız olmanın yaşamını ne ölçüde sınırlandırdığı	Hiç-Hafif	10	102,0±25,66	t (44)=-4,768 p=0,000
	Orta-Çok	36	149,94±28,73	
Ek psikiyatrik Hastalık	Yok	16	129,11±37,77	U= 193,500 Z=-1,073 p=0,283
	Var	29	145,62±31,09	
Halen Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Yok	11	125,72±35,03	t (44)=-1,555 p=0,127
	Var	35	143,86±33,34	
Herhangi Bir Kişilik Bozukluğu	Yok	33	135,03±34,89	t (44)=-1,433 p=0,159
	Var	13	150,92±30,95	
Sınırdaki kişilik bozukluğu	Yok	39	137,33±34,58	U=108,000 Z=-0,872 p=0,383
	Var	7	151,71±31,99	
OKKB	Yok	42	138,42±34,20	U=67,000 Z=-0,663 p=0,507
	Var	4	151,00±37,74	

*Student T testi ve Mann-Whitney U testi

Mizofoni Toplam Puanını oluşturan alt parametrelerin (Ses Puanı, Duygu Puanı, Fiziksel Belirti Puanı ve Başa Çıkma Puanı) puan ortalamalarının sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlarda anlamlı düzeyde farklılık gösterenleri tablo 4.30'da verildi.

Tetikleyici seslerden rahatsız olma derecesini ölçen Ses Puanı ortalaması, ailede psikiyatrik rahatsızlık bildirenlerde, bildirmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (U=166,000, Z=-2,021, p=0,043). Seslerden rahatsız olmanın gün içerisinde 1 saat veya daha fazla zamanını aldığını bildirenlerin Ses Puanı ortalaması, 1 saatten az zamanını aldığını bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (U=156,500, Z=-2,340, p=0,019). Seslerden rahatsız olmanın yaşamı orta-çok düzeyde etkilediğini bildirenlerin Ses Puan ortalaması, hiç-hafif düzeyde bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (t (44)=-4,768 p=0,000).

Tetikleyici seslerle karşılaştığında oluşan duygusal tepkilerin derecesini ölçen Duygu Puanı ortalaması, fiziksel belirti yaşayanlarda, yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (U=70,500, Z=-2,661, p=0,008). Seslerden rahatsız olmanın gün içerisinde 1 saat veya daha fazla zaman aldığını bildirenlerin Duygu Puanı ortalaması, 1 saatten az zaman aldığını bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (U=156,500, Z=-2,340, p=0,019). Seslerden rahatsız olmanın yaşamlarını

orta-çok düzeyde etkilediğini bildirenlerin Duygu Puanı ortalaması, hiç-hafif düzeyde etkilediğini bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($t(44)=-2,863$, $p=0,006$). Uyku sorunu olarak sabah erken uyanma yaşayanların Duygu puanı ortalaması, sabah erken uyanma yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($U=54,500$, $Z=-2,139$, $p=0,032$).

Fiziksel Belirti Puanı, seslerden rahatsız olmanın yaşamlarını orta-çok düzeyde etkilediğini bildirenlerde, hiç-hafif düzeyde bildirenlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t(44)=-1,691$, $p=0,014$).

Başa Çıkma Puanı fiziksel belirti yaşayanlarda ($U=77,500$, $Z=-2,471$, $p=0,013$), mizofoni belirtilerinin başladığı günden bugüne kadar geçen süre 10 yıl veya daha kısa olanlarda ($t(44)=2,137$, $p=0,038$), hane kişi sayısı 2 veya az olanlarda ($U=87,000$, $Z=-2,207$, $p=0,027$), kulak çınlaması olanlarda ($t(44)=-3,271$, $p=0,002$) anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Tablo 4.30. Sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlara göre MTP alt bölüm puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

		n	Ort±ss	İstatistik*
SES PUANI				
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	27	47,59±14,02	U=166,000
	Var	29	57,26±16,83	Z=-2,021 p=0,043
Seslerden rahatsız olmanın günde aldığı süre	<1 saat	21	45,76±16,96	U=156,500
	≥1 saat	25	56,48±13,22	Z=-2,340 p=0,019
Seslerden rahatsız olmanın yaşamını ne ölçüde sınırlandırdığı	Hiç-Hafif	10	35,30±8,92	t (44)=-4,768
	Orta-Çok	36	56,11±14,29	p=0,000
DUYGU PUANI				
Fiziksel belirti	Yok	9	28,78±7,38	U=70,500
	Var	37	38,27±8,46	Z=-2,661 p=0,008
Seslerden rahatsız olmanın günde aldığı süre	<1 saat	21	33,05±9,03	U=156,000
	≥1 saat	25	39,24±8,16	Z=-2,351 p=0,019
Seslerden rahatsız olmanın yaşamını ne ölçüde sınırlandırdığı	Hiç-Hafif	10	29,70±8,70	t (44)=-2,863
	Orta-Çok	36	38,28±8,30	p=0,006
Sabah erken uyanma	Yok	40	35,37±8,99	U=54,500
	Var	6	43,33±6,09	Z=-2,139 p=0,032

Tablo 4.30. Sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlara göre MTP alt bölüm puan ortalamalarının karşılaştırılması (devam)

		n	Ort±ss	İstatistik*
FİZİKSEL BELİRTİ PUANI				
Seslerden rahatsız olmanın yaşamını ne ölçüde sınırladığı	Hiç-Hafif	10	20,30±17,89	t (44)=-1,691 p=0,014
	Orta-Çok	36	36,11±17,11	
BAŞA ÇIKMA PUANI				
Fiziksel belirti	Yok	9	15,67±3,94	U=77,500 Z=-2,471 p=0,013
	Var	37	19,62±4,50	
Mizofoni süresi	≤10 yıl	21	20,38±4,13	t (44)=2,137 p=0,038
	>10 yıl	25	17,56±4,72	
Hane kişi sayısı	≤2	9	21,78±4,52	U=87,000 Z=-2,207 p=0,027
	>2	37	18,13±4,43	
Kulak Çınlaması	Yok	33	17,57±4,27	t (44)=-3,271 p=0,002
	Var	13	22,08±4,01	

*Student T testi ve Mann-Whitney U testi

** Sosyodemografik değişkenler ve çeşitli klinik durumlara göre MTP alt bölüm puan ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunanlar tabloda gösterildi

Rahatsız edici ses ile karşılaşıldığında ortaya çıkan başa çıkma ve kaçınma davranışlarının ortaya çıkma sıklığına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde fark bulunanlar tablo 4.31’de verildi.

Başa çıkma davranışı olarak sesi taklit edenlerin HAM-D puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulundu (t (44)=1,392, p=0,000). Rahatsız edici sesi taklit edenlerin Sosyal İlişkiler (t (44)=-2,420, p=0,020), Çevre Alanı Global (t (44)=-2,091, p=0,042) ve Çevre Alanı Kültüre Özgü (t (44)=-2,056, p=0,046) skorları anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Sesi bastıracak gürültü çıkaranların Çevre Alanı Global (t (44)=-2,392, p=0,021) ve Çevre Alanı Kültüre Özgü (t (44)=-2,164, p=0,036) skorları anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

GAS, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, HAM-A ve YBOKÖ ölçek puanlarında başa çıkma ve kaçınma davranışlarının ortaya çıkma sıklığına göre anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 4.31. Başa çıkma ve kaçınma davranışlarını ‘‘çoğu zaman-her zaman’’ belirtenler ile daha az sıklıkta belirtenlerin ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunanların puan ortalamaları

		n	Ort±ss	p*
HAM-D				
Sesi taklit etme	Yok	44	10,73±5,25	t (44)=1,392
	Var	2	5,50±0,70	p=0,000
WHOQOL-BREEF-TR Sosyal İlişkiler Alanı				
Sesi taklit etme	Yok	44	49,27±22,05	t (44)=-2,420
	Var	2	87,50±9,19	p=0,020
Çevre Alanı Global				
Sesi bastıracak gürültü çıkarma	Yok	30	53,93±17,25	t (44)=-2,392
	Var	16	67,06±18,62	p=0,021
Sesi taklit etme	Yok	44	57,32±18,17	t (44)=-2,091
	Var	2	84,50±4,50	p=0,042
Çevre Alanı Kültüre Özgü				
Sesi bastıracak gürültü çıkarma	Yok	30	52,20±18,03	t (44)=-2,164
	Var	16	63,81±15,89	p=0,036
Sesi taklit etme	Yok	44	55,11±17,61	t (44)=-2,056
	Var	2	81,00±0,00	p=0,046

*Student T testi

** Başa çıkma ve kaçınma davranışlarını ‘‘çoğu zaman-her zaman’’ belirtenler ile daha az sıklıkta belirtenlerin ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunanlar gösterildi

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Tartışma

Mizofoni, DSM ve ICD tanı sınıflandırma sistemlerinde yer almamasına ve henüz üzerinde fikir birliği oluşmuş tanı ölçütleri belirlenmiş olmasına karşın üzerinde araştırma yapan bazı yazarlar tarafından yeni bir psikiyatrik bozukluk tanısı olarak önerilen, giderek daha fazla ilgi çeken bir sorundur. Mevcut araştırma bulgularına dayanarak mizofoninin başka bir psikiyatrik bozuklukla açıklanamayacağını öne süren yazarlar olmakla birlikte; mizofoninin OKB, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları veya diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte ortaya çıkan bir belirti olup olmadığı henüz netlik kazanmamıştır. Mizofoniye psikiyatrik ayrı bir bozukluk olarak tanımlamak için yeterli bilimsel veri olmadığını düşünülmektedir.

Mizofoni üzerine şu ana kadar yapılan; yaygınlığı, klinik görünümü, sosyodemografik değişkenler ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini ortaya koyan çalışmaların çoğu klinik görüşme içermeyen, anket verilerine dayanan araştırmalardır. Bu nedenle klinik görüşmeye dayanan araştırmamızın bu konudaki literatüre önemli katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Mizofoni üzerinde en çok araştırma yapan ekibin üyesi olan Schröder'in 2013 yılında önerdiği tanı ölçütleri yine aynı ekibin üyesi olan Jager ve arkadaşları tarafından 2020 yılında geliştirmiştir. Jager ve ark. 2013 yılında önerilen mizofoni ölçütlerini karşılayan 571 kişiyle yaptıkları çalışmada klinik görüşme ile eşlik eden psikiyatrik bozuklukları ve mizofoni belirtilerini sorguladılar. Bu çalışmadan elde ettikleri veriler doğrultusunda, yeni önerdikleri ölçütlerde seslerin sadece insanlar tarafından çıkarılması gerekliliğini ortadan kaldırılırken, ağız veya burun seslerinin tetikleyici sesler arasında yer alması şartını getirdiler. Araştırmamızda kullandığımız mizofoni ölçütleri, bu konu üzerinde en çok çalışan, tanı ölçütleri öneren ve geliştiren Jager ve arkadaşlarının önerdiği güncel ölçütlerdir (Jager ve ark., 2020).

5.1.1. Ayaktan psikiyatri hastalarında mizofoninin yaygınlığı

Mizofoninin genel toplumda, değişik örneklerde, yatan ve ayaktan psikiyatri hastalarında yaygınlığına yönelik çalışmaları burada tartışılmaya çalışacağız.

Örneklem farklılığından kaynaklı farklı oranların çıkmasına ek olarak, kullanılan yöntem, ölçek veya klinik görüşmeye dayalı olması gibi diğer açılarından yaygınlık oranları tartışılabilir.

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi mizofoni yaygınlığı üzerine yapılan çalışmaların depresyon hastalarındaki yaygınlığını araştıran bir araştırma hariç tümü klinik görüşme içermeyen anket çalışmasıdır. Ayaktan psikiyatri hastalarında mizofoni yaygınlığı üzerine ise bildiğimiz kadarıyla çalışma yapılmamıştır.

Çalışmamızda 1091 ayaktan psikiyatri hastasının 46'sı mizofoni ölçütlerini karşıladı ve %2,9 yaygınlık oranı bulundu. Çalışmamızda kadınlardaki mizofoni yaygınlığı (%3,2) erkeklere (%2,1) göre daha yüksekti ancak bu fark istatistik açıdan anlamlı değildi. Literatürde mizofoni yaygınlığını araştıran sınırlı sayıda çalışmada, cinsiyete göre fark saptanmamıştır (Kılıç ve ark., 2021; Siepsiak ve ark., 2020; Wu ve ark., 2014). Daha geniş örneklemle yapılacak çalışmalarda bu konunun araştırılması uygun olacaktır.

Mizofoni yaygınlık araştırmaları daha çok üniversite öğrencilerinde yapılmıştır (Naylor ve ark., 2021; Wu ve ark., 2014; Zhou ve ark., 2017). Sahada mizofoni yaygınlığını araştıran, bulduğumuz tek çalışma ülkemizde yakın zamanda yapılmıştır. Bu çalışmada Kılıç ve arkadaşları kendi önerdikleri tanı ölçütlerine göre Ankara örnekleminde 541 kişilik örnekleme mizofonin toplumdaki yaygınlığını %12,8 buldular (Kılıç ve ark., 2021). Bu çalışmada mizofoni tanısı araştırmacıların geliştirdiği tanı ölçütlerine göre öz bildirim yoluyla, anket uygulaması şeklinde ev halkında yapılmıştır. Araştırmanın genel toplumdaki yaygınlık oranı çalışmamızda bulunan ayaktan psikiyatrik hastalarındaki %2.9 oranından oldukça yüksektir. Bu farkın nedenleri arasında her iki araştırmada farklı ölçütlerin kullanılması ve klinik görüşme veya anket çalışması şeklindeki yöntem farklılıkları sayılabilir.

Ankara çalışmasında şu ölçütler kullanılmıştır;

- 1- Maruz kalındığında belirgin bir sıkıntıya neden olan bir veya daha fazla mizofonik sesin (tetikleyici) varlığı,
- 2- Mizofonik sese maruz kalındığında ortaya çıkan duygusal tepki,
- 3- Belirgin derecede başa çıkma stratejileri,

- 4- Semptomlar, günlük aktivitelerde önemli bir etkileşime neden olacak kadar şiddetli olmalıdır. Bu ölçütleri karşılamak için, aşağıdaki etkileşim öğelerinden bir veya daha fazlasının varlığı evet olarak yanıtlanmalıdır: 'Belirli yerlerden semptomlar nedeniyle kaçınıyor musunuz?'; 'Semptomlar nedeniyle yapamayacağınız şeyler var mı?'; 'Semptomlar başkalarıyla ilişkilerinizi bozuyor mu?'.

Burada yer alan ilk 3 ölçüt Jager tarafından öneriler ölçütlerle, ağız veya burun kaynaklı seslerin tetikleyici sesler arasında yer alması şartı ve görsel tetikleyicilerin kabul edilmesi dışında örtüşmektedir. Kanımızca çalışmamızda ayaktan psikiyatri hastalarında bulunan %2,9 oranıyla, yaklaşık 4 kat daha yüksek olan sahadaki yaygınlık oranı arasındaki belirgin farkı açıklayan en önemli nedenler işlevselliğin değerlendirilmesindeki farklılık ve birinin anket diğerinin klinik görüşmeyle yapılması olabilir.

Yatan psikiyatri hastaları üzerinde mizofoni yaygınlığını araştıran tek çalışma Siepsiak ve ark. tarafından Polonya’da bir psikiyatri kliniğinde yapıldı. Bu çalışmada depresyon tanısı ile yatan 94 hastada Schröder ve arkadaşlarının önerdiği ölçütler kullanılarak klinik görüşme ile mizofoni tanısının yaygınlığını %8,5 bulundu (Siepsiak ve ark., 2020). Genel olarak tüm psikiyatrik bozukluklarda depresyon ek tanısının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Annagür ve Tamam, 2010). Klinik görüşme ile yapılan bu araştırmadaki yaygınlık oranı Kılıç ve ark. nın sahada buldukları orandan daha düşük, çalışmamızda ayaktan psikiyatri hastalarında bulunan orandan daha yüksektir. Depresyon tanısıyla yatan hastalardaki mizofoni yaygınlık oranının, yatarak tedaviyi gerektiren daha ağır şiddetteki durumlardan oluştuğu ve bu nedenle ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran ve 3’te 1’i psikiyatrik tanı almayan çalışmamızdaki olgulardan yüksek olması beklenebilir. Ayrıca bu araştırmada Siepsiak ve ark.’nın 2013 yılında önerdikleri ölçütleri, bizim ise 2020 de gözden geçirilen halini kullanmış olmamız göz önünde bulundurulmalıdır. Ölçütler arasındaki farklardan biri yeni önerilen ölçütlerde, mizofoni tanısı için ağız veya burun seslerinin tetikleyici olması şartıdır. Ancak Schröder’in önerdiği eski ölçütlere göre mizofoni tanısı konulan 575 kişinin tamamının ağız veya burun seslerinden rahatsız olduğunu tespit ettikten sonra, bu şartı ölçütlere eklediğini belirtmek gerekir. Dolayısıyla bu ölçüt iki bulgu arasındaki

farkın tümünü açıklayamaz. Tanı ölçütleri arasındaki diğer fark ise araştırmamızda tetikleyici ile karşılaşıldığında ‘kontrolünü kaybetme hissi’ sorgulanırken, Polonya çalışmasında bunun sorgulanmamasıdır. Literatürde mizofonik bireylerin çoğunun gerçekten kontrollerini kaybetmedikleri, nadiren kontrolsüz tepkiler verdikleri ortaya konmuştur (Wu ve ark., 2014). Dolayısıyla ölçütlerdeki bu farklılık da bizim çalışmamıza kıyasla Polonya çalışmasındaki yüksek yaygınlık oranını açıklamaz, tersine uygulanan bu ölçüt ile daha az sayıda kişiye mizofoni tanısı konulması beklenebilirdi.

5.1.2. Mizofoni kliniği

Mizofonide yeme sesleri, burun ve solunum sesleri, tekrarlayan sesler, ağız/boğaz sesleri en çok rahatsız olunan sesler olarak bildirilmiştir (Jager ve ark., 2020; Schröder ve ark., 2013; Wu ve ark., 2014). Benzer şekilde çalışmamızda olguların en çok rahatsız oldukları sesler sırasıyla yemek yeme/çiğneme sesleri, ağız şapırdatma, çay/kahve vb. höpürdeterek içme sesi, tekrarlayan sesler ve boğaz temizleme sesleridir ve farklı örneklemelerdeki kişilerde mizofoni belirtilerinde benzerlik olduğunu göstermektedir.

Mizofoniyi sadece seslerden basit bir şekilde rahatsız olma ile sınırlı bir durum olarak tanımlamak doğru değildir. Nitekim ses veya görsel tetikleyicilerle karşılaşıldığında duygusal ve fiziksel bazı belirtilerin de ortaya çıktığı bildirilmiştir (Edelstein ve ark., 2013). Duygusal belirtilere ek olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerin de tanı ölçütlerinde bulunması gerektiğini öne süren bir çalışma grubu vardır (Dozier ve ark., 2017). Ancak hangi duygusal ve fiziksel tepkilerin ön planda ve tanı için gerekli olduğu tartışmalıdır.

Bazı çalışmalarda mizofonik seslere verilen tepkide öfke duygusunun ön planda olduğu vurgulanmaktadır (Erfanian ve ark., 2019b; Jager ve ark., 2020; Schröder ve ark., 2013). Buna karşı çıkan ve öfkenin mizofoni kliniğinde önemli olduğunu ancak irite olma, bunalma/daralma, kaygı/endişe gibi duyguların da aynı zamanda önemli olduğunu öne süren araştırmacılar vardır (Kumar ve Griffiths, 2017; Rouw ve Erfanian, 2018). Taylor, Schröder’in 2013 yılında önerdiği tanı ölçütlerinde öfkenin önemini abarttığı ve diğer duygusal tepkilerin göreceli ihmaline yol açtığı eleştirisini getirmiştir (Schröder ve ark., 2013; Taylor, 2017). Wu ve ark. 483 lisans öğrencisiyle

yaptıkları çalışmada esas ortaya çıkan duygunun kaygı olduğunu ve öfkenin kaygıya ikincil geliştiğini öne sürdüler (Wu ve ark., 2014). Diğer yandan Jager ve ark. 575 kişiyle yaptıkları çalışmalarında olguların hiçbirinin kaygı belirtmediğini bildirdiler (Jager ve ark., 2020).

Çalışmamızda tetikleyici sesle karşılaşıldığında en çok hissedilen duygular öfke (%89,1), bunalma/daralma (%82,6) ve irite olma (%82,6) idi. En seyrek ortaya çıkan duygular ise sırasıyla korku (%2,2), kaygı/endişe (%19,6), panik (%26,1) ve üzüntü/mutsuzluktu (%34,8). Çalışmamız öfkenin en sık ortaya çıkan duygu olduğunu desteklemekle birlikte irite olma ve bunalma/daralmanın azımsanmayacak düzeyde ortaya çıktığını göstermiştir. Çalışmamızda ayrı olarak sorulan ve en az ortaya çıkan 2. Duygu olan kaygı/endişe, bunalma/daralma ile birlikte değerlendirilebilir ve böyle değerlendirdiğimizde %84,78'ünde bunalma/daralma/kaygı/endişe duygularının olduğunu söyleyebiliriz. Önemli bir bulgumuz korkunun en az sıklıkta ortaya çıkan duygu olmasıdır. Mizofoni ile karıştırılan bir durum olan fonofobide sesle karşılaşıldığında ön planda korku duygusunun yaşandığı ve mizofoniden ayrımında bunun önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir (Jastreboff ve Jastreboff, 2001).

Tetikleyici sesle karşılaşıldığında oluşan duygularla birlikte sempatik sinir aktivasyonuna bağlı fiziksel belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Jastreboff ve Jastreboff, 2002). Dozier ve ark. fiziksel belirtilerin mizofoni kliniğinde önemli olduğunu ve tanı ölçütlerinde yer verilmesi gerektiğini savunmaktadır (Dozier ve ark., 2017). Çalışmamızda mizofoni tanısı alanların %80,4'ünde herhangi bir fiziksel belirti bulunması, mizofoni kliniğinde fiziksel belirtilerin sık olduğunu göstermektedir. Fiziksel belirti yaşayanlarda yaşamayanlara göre, tetikleyici sese karşı oluşan rahatsız edici Duygu Puanı ($U=70,500$, $Z=-2,661$, $p=0,008$) ve Başa Çıkma/Kaçınma Puanının ($U=77,500$, $Z=-2,471$, $p=0,013$) daha yüksek bulunmasından hareketle fiziksel belirtilerin mizofoni kliniğini ağırlaştırdığı söylenebilir.

5.1.3. Tetikleyici ses ve görüntülerin özellikleri

Literatürde tetikleyici seslerin kim tarafından çıkarıldığı ve mizofonik tepkinin sesi çıkaran kişiye göre değişimiyle ilgili farklı görüşler vardır. Görsel tetikleyicilerin

mizofoni tanı kriterlerinde olması durumu da tartışılmalıdır. Schröder ve ark. 2013 yılında önerdikleri mizofoni tanı ölçütlerinde tetikleyici seslerin mutlaka insanlar tarafından çıkarılması gerektiğini belirttiler (Schröder ve ark., 2013). Sonrasında yapılan çalışmalar sonucunda bazı yazarlar bu görüşe itiraz ettiler ve tetikleyici seslerin başka insanlar tarafından üretilmesi gerekmediğini ortaya koydular (Cavanna ve Seri, 2015; Edelstein ve ark., 2013; Webber ve Storch, 2015). Bizim çalışmamızda yeni görüşü destekler nitelikte, olguların %69,6'sı saat tik takından, %54,3'ü makine seslerinden, %19,6'sı ise hayvan seslerinden orta ve çok şiddette rahatsız olduklarını bildirdiler.

Mizofoni tanı ölçütlerini karşılayan beş yüz yetmiş kişiyle yapılan çalışmada mizofonik tepkinin sesi çıkaran kişiye göre değişebileceği, bir bebek veya hasta olan yaşlı bir kişi tetik sesleri çıkardığında nadiren duygusal tepki oluştuğu, sevdiği kişiler çıkardığında ise genellikle duygusal tepkinin daha yoğun olduğu bulundu (Jager ve ark., 2020). Çalışmamızda olguların yaklaşık yarısı (%45,7) rahatsız olma durumunun sesi çıkaran kişiye göre değiştiğini bildirdi. Çalışmamızda sesi kim çıkardığında daha az rahatsız olduğunu sormadık ancak kim çıkardığında daha çok rahatsız olduğu sorusuna olguların %32,6'sı 'sevmediğim insanlar' cevabını verdi. Çalışmamız ile Jager ve ark. çalışmasının sonuçları bu konuda ayrılmaktadır. Bu konuda sesi çıkaran kişi değiştiğinde kişinin rahatsız olma derecesi mi, yoksa dışa vuran tepkisinin mi değiştiğini ayırt etmek gereklidir. Jager ve ark. sesi çıkaran kişiye göre rahatsız olma derecelerinin değişip değişmediğini öz bildirim yoluyla sorgulamışken, çalışmamızda yüz yüze görüşme ile, yanlış anlaşılmalara gidililerek, dışa vuran tepkiyi değil, rahatsız olma derecesinin kişiye göre değişimini daha açık bir şekilde sorgulandığını düşünüyoruz.

Schröder ve ark. 2013 yılında önerdiği tanı ölçütlerinde görsel tetikleyicilere yer vermemişti (Schröder ve ark., 2013). Sonraki çalışmalar görsel tetikleyicilerin mizofoni kliniğinde önemli bir yer tuttuğunu ortaya koydu (Cavanna ve Seri, 2015; Dozier ve Morrison, 2017; Jager ve ark., 2020). Jager ve ark. 2020 yılında Schröder'in önerdiği ölçütleri gözden geçirirken önerilen tanı kriterlerine görsel tetikleyicileri eklediler (Jager ve ark., 2020). Çalışmamızda olguların %80,4'ünün sese eşlik eden görsel tetikleyicilerden, %75,7'inin rahatsız edici sesle birlikte

olmadığında da görsel tetikleyicilerin rahatsız olması mizofoni kliniğinde görsel tetikleyicilerin önemini destekler niteliktedir.

5.1.4. Başlangıç yaşı ve seyri

Literatürde belirtilerin çoğunlukla çocukluk ya da ergenlik çağlarında başladığı bildirilmiştir (Cavanna ve Seri, 2015; Rouw ve Erfanian, 2018; Schröder ve ark., 2013). Çalışmamızda mizofoni belirtilerinin literatüre benzer şekilde çoğunlukla ergenlik döneminde başladığı ($15,65 \pm 4,78$) ve çoğunun (%82,6) 18 yaşında önce başladığı tespit edildi.

Mizofonin seyri ile ilgili literatürdeki bilgiler yetersizdir. Araştırmamızdaki bulgulara göre olguların yaklaşık yarısı (%52,2) belirtilerin giderek arttığını, %34,8'i aynı şiddette devam ettiğini, %13,0'ı ise arada düzeliş başladığını bildirdi. Görüldüğü gibi çoğunda belirtiler giderek artma veya aynı şiddette devam etme eğilimindedir. Çalışmamızda mizofoni süresi ile belirti şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ek olarak belirtilerin giderek arttığını ve arada düzeliş başladığını bildirenlerin mizofoni belirti şiddeti, başladığından beri aynı şiddette olduğunu bildirenlerden yüksek bulundu. Literatürde mizofoni seyri ile şiddetinin ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır ve bu konuda yapılacak izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

5.1.5. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları

Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi mizofonin ortaya çıkmasında da kolaylaştırıcı bir faktör olabilir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları kötüye kullanım, duygusal ve cinsel istismar, şiddet ve ihmal gibi travmatik süreçleri içeren yaşantıları kapsar. Bu olumsuz deneyimler çocuğun aile içi şiddet uygulanan bir evde büyümesi, evde madde kullanımının olması veya anne-babanın boşanması gibi çocukta ruhsal bir zorlanma yaşatacak olaylar olabilir (Gündüz ve ark., 2018) Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları olan kişilerin erişkinlikte aynı yaştaki akranlarına göre daha sık psikiyatrik bozukluk yaşadıkları bildirilmiştir (Silverman ve ark., 1996). Nitekim çalışmamızda olguların %21,7'inde DSM'nin travma tanımına göre travmatik yaşantı tespit edildi ve 1 (%2,2) olguda TSSB tanısı konuldu. Travmatik yaşantısı olanların çoğu kadındı (%90,0) ve çoğunda çocukluk döneminde cinsel travma (%70,0) öyküsü vardı. Görebildiğimiz kadarıyla daha önce

mizofoni belirtisi gösterenlerde travmatik yaşantı yaygınlığı araştırılmamıştır ancak mizofoni ve TSSB birlikteliğini gösteren çalışmalar vardır (Erfanian ve ark., 2019b; Rouw ve Erfanian, 2018).

Mizofonik bireylerin, çoğunlukla ilk olarak aile bireylerinin seslerinden rahatsız olduklarını bildirmeleri aile bireylerinin birlikte yaşanan ve yakın ilişkide olunan kişiler olması nedeniyle doğal karşılanabilir. Diğer yandan aile içi iletişimin kötü ve çatışmaların sık olduğu, huzursuz bir ortamda yetişmek de, mizofoni gelişimiyle ilişkili olabilir.

Bulgularımız ve literatürdeki TSSB ile ilgili bulgular birlikte ele alındığında, travmatik yaşantıların ve henüz araştırılmayan bir konu olan aile içi çatışmaların mizofoni ile ilişkili olabileceği akla gelmektedir ve bu üzerinde çalışılması gereken bir konudur.

5.1.6. Genetik yatkınlık

Sanchez ve ark. 3 nesilde toplam 15 mizofonik bireyin bulunduğu vaka raporu ile genetik faktörlerin mizofoni etiyolojisinde önemli olabileceğini gösterdiler (Sanchez ve Silva, 2018). Beş yüz yetmiş beş kişiyle yapılan şimdiye kadarki en büyük örneklemli çalışmada ailede mizofonik belirti öyküsü %33 bildirilmiştir (Jager ve ark., 2020). Çalışmamızda olguların %30,4'ü yukarıdaki araştırma sonucuna çok yakın oranda soy geçmişlerinde mizofonik belirti yaşayan 1. Derece yakını olduğunu bildirdi ve mizofoni etiyolojisinde genetik faktörlerin önemli olabileceğini gösterdi.

5.1.7. İçgörü ve tedavi arayışı

Psikiyatrik hastalıklarda önemli bir kavram olan içgörünün mizofonik hastalarda varlığı konusunda elimizde yeterli bilgi bulunmamaktadır. Literatürde mizofonik bireylerin çoğunluğunun iç görüye sahip olduğu bildirilmiştir (Edelstein ve ark., 2013; Schröder ve ark., 2013).

Araştırmamızda doğrudan içgörü ile ilgili bir ölçek veya soru sorulmamış olmakla birlikte olgularımızın %69,6'sının seslerden rahatsız olmayı mantıksız ya da aşırı bulduğunu, %58,7'sinin mizofonin bir hastalık olabileceğini bildirmesi çoğunda içgörü bulunduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda olguların %58,7'si mizofonin bir hastalık olabileceğini, %82,6'sı sesler nedeniyle yapamadığı şeyler olduğunu, %89,1'i seslerin sosyal ilişkilerine olumsuz etkisi olduğunu, %54,3'ü seslerden rahatsız olmanın gün içerisinde 1 saat veya daha fazla zamanını aldığını, %78,3'ü seslerin yaşamlarını (iş, ev vb.) orta/çok şiddette sınırladığını bildirdi. Bu bulgulara göre olguların çoğunun mizofonin günlük yaşamlarına olumsuz etkisinin farkında olduğunu ve mizofoni belirtileri ile ilgili kısmen de olsa iç görüye sahip oldukları söylenebilir. Buna rağmen 46 olgunun sadece 4'ü (%8,7) mizofoni belirtileri için yardım aradığını ve psikiyatriste başvurduğunu bildirdi. Mizofoni belirtileri için yardım arayan bu 4 olgunun diğer olgulardan tespit edilebilen tek farkı yaş ortalamalarının daha düşük olmasıydı ($21,25 \pm 2,87$ karşı $31,45 \pm 10,05$, $p=0,000$).

Olguların çoğunluğunun mizofonin yaşamlarını kısıtladığının farkında olmasına rağmen tedavi arayışında olmamasının nedenlerinden biri henüz mizofonin hem hekimlerce hem de toplumca yeterince bilinmemesi olabilir. Yakın zamanda tanımlanan bu klinik durumu, ruh sağlığı çalışanlarının bile önemli bir kısmı hiç duymamış olabilir. Yurt dışında sosyal medyada mizofoni destek grupları mevcuttur. Ülkemizde gençlerin sosyal medyayı daha aktif kullandıkları bilinmektedir (Durak ve Seferoğlu, 2016) ve sosyal medya yoluyla mizofoni hakkında bilgi sahibi olma olasılığı gençlerde daha yüksektir.

5.1.8. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar

Literatürde psikiyatrik görüşme ile mizofoniye eşlik eden psikiyatrik bozuklukları araştıran sınırlı sayıda çalışma tespit edildi (Erfanian ve ark., 2019b; Jager ve ark., 2020; Schröder ve ark., 2013). Ayaktan psikiyatrik başvurusu olan kişilerden oluşan olguların % 67,4'ünde DSM 5'e göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk bulunurken, %32,6'sında mizofoni dışında psikiyatrik bozukluk tanısı konulmadı. Mizofoni dışında tanı almayan bu kişilerin çoğunda (%73,3) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanı ölçütünü karşılamayan subklinik depresif ve anksiyete belirtileri vardı. Depresif ve anksiyete belirtileri ile başvuran, psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan bu hasta grubunda mizofoni tanı ölçütlerinin karşılanması kanımızca ilginç bir bulgudur. Bu grubun psikiyatri polikliniğine başvurmasında mizofoni belirtilerinin etkili

olabileceği düşünülebilir ve kanımızca bu bulgu mizofoninin ayrı bir psikiyatrik bozukluk olarak ele alınması görüşünü desteklemektedir.

Erfanian ve ark., psikiyatri ve odyoloji polikliniklerinden yönlendirilen 52 mizofoni belirtisi gösteren hastayı, MINI-Plus ile eksen I eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından incelediklerinde çalışmamızda eksen I’de bulunan %56,5 oranına yakın bir oranda, hastaların %59,6’ünde eşlik eden psikiyatrik tanı saptadılar (Erfanian ve ark., 2019b).

Çalışmamızda en çok konulan tanı %23,9 oranla majör depresyon iken Erfanian ve ark. en çok TSSB (%15,3) bulduklarını bildirildi. Çalışmamızda olguların %21,7’sinde travmatik yaşantı tespit edildi ancak TSSB tanısını alan sadece bir olgu idi (%2,2).

Jager ve ark. mizofoni belirtilerleri nedeniyle çeşitli polikliniklerden sevk edilen veya kendisi başvuran 779 kişiden 575’ine mizofoni tanısı koydukları çalışmalarında, MINI-Plus ve SCID-II ile yaptıkları değerlendirmelerde katılımcıların %28,2’sinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk ve %5,0’ında herhangi bir kişilik bozukluğu tespit ettiler (Jager ve ark., 2020). Bu çalışmada en sık psikiyatrik bozukluklar sırasıyla majör depresyon (%6,8) ve obsesif kompulsif bozukluk (%2,8), kişilik bozuklukları ise OKKB (%2,4) ve sınırda kişilik bozukluğu (%1,7) idi. Çalışmamızda bulunan %56,5 oranındaki herhangi bir psikiyatrik bozukluk oranının bu çalışmadaki orandan daha yüksek olması bulgularımızın ayaktan psikiyatri başvurusu olan kişilere ait olması ile açıklanabilir. Daha düşük oranlarda olmakla birlikte Jager’in çalışmasına benzer şekilde bizim çalışmamızda da en sık major depresyon (%23,9) ve OKB (%10,9) tespit edilmesi benzerlik göstermiştir. Çalışmamızda kişilik bozukluğu için bulunan %28,3 oranı ise bu çalışmadan oldukça yüksektir. Ayrıca çalışmamızda en sık sınırda kişilik bozukluğu (%15,2) ve OKKB (%8,7) tespit edilirken Jager ve ark tersine OKKB’yi daha sık buldular. Bu farklılıkların önemli bir nedeni örneklem seçimi olabilir. Jager ve ark. çalışmalarını Hollanda’da mizofoni ile ilgili yaklaşık 10 yıldır çalışma yapılan bir merkezde yaptılar. Örneklemelerini 7 yıllık sürede çeşitli yerlerden mizofoni belirtileri ile yönlendirilen ve kendi başvuran kişiler oluşturdu. Bizim çalışmamız

ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarla yapıldı. Farklılığın diğer nedeni çalışmamızın kişi sayısının görece azlığı olabilir.

Online ilan ile davet edilen 42 katılımcıyla yapılan bir çalışmada DSM 4'e göre eksen I'de sırasıyla; duygudurum bozukluğu (%7,1), tourette sendromu (%4,8), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%4,8), trikotilomani (%4,8), Eksen II' de ise sadece OKKB (%52,4) tespit edilmiştir (Schröder ve ark., 2013). Bizim psikiyatrik bozukluk oranımız bu çalışmadan yüksektir, kişilik bozukluğu oranımız ise bu çalışmada bulunan orana göre oldukça düşüktür. Bu fark, çalışmamız ayaktan psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar, bu çalışmanın ise online olarak yapılan daveti kabul ederek katılan kişilerden oluşmasından kaynaklı olabilir.

Hem literatürde hem bizim çalışmamızda en yüksek oranda tespit edilen psikiyatrik eş tanı depresyon olmuştur. Anksiyete bozuklukları, fobiler, okb gibi bir çok psikiyatrik bozukluğun depresyon ile birlikte görülme oranları yüksektir. Çalışmamızın psikiyatri polikliniğe başvuran hastalarla yapılması da yüksek depresyon eş tanısına yol açmış olabilir. Yine hem çalışmamızda hem literatürdeki bazı çalışmalarda mizofoni ile bazı kişilik bozuklukları eş tanısı yüksek oranlarda bulunmuştur. Literatürde kişilik bozuklukları ile mizofoni ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kanımızca bu araştırılmaya değer bir konudur.

5.1.9. Ailede psikiyatrik bozukluk yaygınlığı

Literatürde mizofoni belirtileri gösteren kişilerde, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü araştıran bir çalışmaya rastlamadı. Çalışmamızda olguların %41,3'ü ailesinde psikiyatrik bozukluğu bulunan 1. Derece yakını olduğunu bildirdi ve bunlarda seslerden rahatsız olma düzeyini ölçen Ses Puanı'nın daha yüksek bulunması ailede psikiyatrik hasta olmasının bir şekilde mizofoni hastaların sesten daha fazla rahatsız olmasına neden olduğunu düşündürdü. Bu, birlikte yaşanan psikiyatri hastalarının rahatsız edici sesleri daha fazla çıkarması, kendine bakımlarının azlığı, psikiyatrik hastalığı olan bireylerle yaşamının aile içindeki gerilimi artırması ve daha çok çatışma yaşanması gibi nedenlerle ilişkili olabilir.

5.1.10. Mizofoni şiddeti ile ilişkili bulgular

Araştırmamızda mizofoni şiddeti arttıkça daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri, daha kötü işlevsellik ve fiziksel sağlık alanı dışındaki alanlarda daha düşük yaşam kalitesi olduğu bulundu. Bu bulgular kanımızca mizofoninin kişinin yaşam kalitesi ve işlevselliğini şiddetiyle paralel bir şekilde etkileyen bir psikiyatrik sorun olarak tanımlanabileceği görüşünü desteklemektedir. Ek psikiyatrik tanı konulmayan mizofoni olgularında ise mizofoni şiddeti, sadece depresif belirtiler ve obsesif kompulsif belirti şiddeti ile ilişkili idi. Bu bulgular kanımızca mizofoninin özellikle diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte olduğunda kişinin yaşam kalitesi ve işlevselliğini şiddetiyle paralel bir şekilde etkilediğini, tek başına olduğunda birlikte bulunan psikiyatrik bozukluklar kadar rahatsız edici olmadığını düşündürebilir.

5.1.11. Anksiyete ve depresyon belirtileriyle ilişkisi

Literatürde anksiyete ve depresyonun mizofoni şiddeti ile ilişkisi bildirilmiştir (Wu ve ark., 2014; Zhou ve ark., 2017). Ancak nedensellik ortaya konmamış ve mizofonin depresyon veya anksiyete belirtilerinin sonucu mu olduğu netlik kazanmamıştır.

Çalışmamız daha yüksek mizofoni şiddetinin, yüksek anksiyete ve depresif belirti şiddeti ile ilişkili olduğunu ve psikiyatrik tanısı olmayan olgularda depresif belirti şiddeti ile mizofoni şiddetinin ilişkisinin devam ettiğini ancak anksiyete belirtileri şiddeti ile ilişkinin devam etmediğini gösterdi.

Kesitsel bir çalışmada, tek yönlü korelasyon analizi sonuçlarından bu ilişkideki nedensellik bağına kurmak mümkün değildir. Ancak hem literatürde hem çalışmamızdaki bulgular mizofoni belirtilerinin ortalama başlangıç yaşının, depresyon ve anksiyete bozukluklarının başlangıç yaşından düşük olduğunu göstermektedir. Daha erken başlangıçlı olması sebebiyle mizofonin, anksiyete veya depresyon belirtilerinin sonucu olarak ortaya çıkmadığı düşünülebilir.

Kişinin ilk başta aile, sonrasında tüm sosyal ilişkilerini etkileyen mizofoni belirtilerinin, yaşam becerilerinin kazanıldığı, gelişimdeki önemli bir dönem olan ergenliğin ilk yıllarında başladığı görülüyor. Bu durumun mizofonik bireylerde anksiyete ve depresyona yatkınlığı artırdığı ve yüksek mizofoni şiddetinin, yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine neden olduğu düşünülebilir.

5.1.12. Başa çıkma davranışları

Mizofonik seslerden rahatsız olan hastaların farklı başa çıkma davranışları olmaktadır ve tedavisinde etkili olduğu gösterilen kanıta dayalı davranışsal veya farmakolojik bir tedavi bulunmayan mizofoninin tedavisinde ampirik olarak desteklenen değişim ilkelerine dayanan başa çıkma becerilerinin kullanımı önemli olabilir (Brout ve ark., 2018). Araştırmamızda ilginç bir bulgu olarak başa çıkma davranışı olarak sesi taklit edenlerin depresif belirti şiddetlerini daha düşük bulmamız söylenebilir. Benzer bir bulgu da sesi taklit etme ve sesi bastıracak gürültü çıkarma yoluyla başa çıkmaya çalışanların yaşam kalitelerinin sosyal ilişkiler ve çevre alanında daha yüksek olmasıydı. Bu bulgularımız mizofonin ilaç dışı, davranışçı tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Kanımızca rahatsız olunan sesi taklit etme davranışı Victor Frankl tarafından OKB ve fobiler için önerilen paradoksal niyetlenme tekniğine benzemektedir. Literatürde mizofoni için bir tedavi yöntemi olarak önerildiğini göremediğimiz paradoksal niyetlenme tekniği kaygı uyandıran düşünce veya davranış modelini tekrarlayarak tedavi etmek için kullanılan psikoterapötik bir tekniktir ve bu hastalarda bir tedavi yöntemi olarak kullanılması düşünülebilir (Frankl, 1967). Genellikle OKB ve fobilerde kullanılan bu teknikte temel amaç, semptomları belirlemek ve bunları söndürmek amacıyla tam tersi şekilde düşünmek veya davranmaktır. Kişi fobik belirtiler sergiliyor ise korktuğu şeyi yapmaya, obsesif-kompulsif belirtiler sergiliyor ise korktuğu şeyin olmasını istemeye yönlendirilmektedir. Böylece kişinin korkularından kaçmasına ya da korkularıyla mücadele etmesine son verilmiş olur ve hastalık yaratan korkunun yerini, paradoksik (çelişkili) bir niyet alır, sonuç olarak da beklenti kaygısının kısır döngüsü kırılmış olur (Sharf, 2015).

5.1.13. Mizofoni odyolojik bir hastalık mı?

Mizofoni ilk defa odyoloji literatüründe Düşük Ses Toleransı (DST) hastalık grubunda tanımlanmıştır (Jastreboff ve Jastreboff, 2001). Bu grubu hiperakuzi, fonofobi ve mizofoni oluşturur.

Literatürde mizofonik bireylerin işitme testi sonuçlarının normal olduğu bildirilmiştir (Schröder ve ark., 2014). Mizofonik bireylerde limbik ve otonom sinir sistemlerinin

yüksek bir uyarılma durumunda olduğu ve bu nedenle normal işitsel girdiye anormal tepki verildiği öne sürülmüştür (Møller ve ark., 2010).

Çalışmamızda olgulara işitme testi uygulanmadı ancak kendi bildirimlerine göre çoğunluğu işitmesinin normal olduğunu, kulak çınlaması olmadığını bildirdi. Yaklaşık 5’ te 1’inin geçmişte KBB başvurusu vardı ancak hiçbir mizofoni belirtileri için değildi.

Bu konuda araştırmalar yapan odyologlar da mizofonik bireylerde işitsel sistemlerin normal olduğunu, tek başına işitme yollarıyla ilişkili olmadığını, kliniğinde psikolojik faktörlerin etkili olduğunu bildirmektedir (Jastreboff ve Jastreboff, 2014). Rahatsız edici seslerin spesifik doğası göz önüne alındığında, mizofoninin işitsel sistemdeki basit bir rahatsızlıklardan kaynaklanması olası görünmemektedir (Taylor, 2017).

5.1.14. Mizofoni yeni bir psikiyatrik bozukluk mu?

Bazı araştırmacılar, mizofoninin yeni bir psikiyatrik bozuk olduğunu düşünüyorlar. Bu görüşe göre mizofoni; özgül fobi, TSSB, sosyal fobi, OKB, aralıklı patlayıcı bozukluk, OKKB gibi birçok psikiyatrik bozuklukla benzerlikler gösterir. Ancak mizofoni belirtileri, bu bozuklukların hiçbirisiyle tam olarak açıklanamaz, bu nedenle ayrı bir psikiyatrik bozukluk olmalıdır (Dozier ve ark., 2017; Jager ve ark., 2020; Schröder ve ark., 2013). Mizofonin anksiyete belirtilerine ikincil geliştiğini öne süren araştırmacılar da vardır. Bu araştırmacılar anksiyete belirtileri yaşayan kişilerin çevrelerine karşı daha duyarlı ve aşırı farkındalık halinde olduklarını, bu nedenle mizofoni belirtilerinin anksiyetenin sonucu olarak ortaya çıkabileceğini savunuyorlar (Wu ve ark., 2014).

Bizce; erken başlangıç yaşı, kronik seyri, aile öyküsü olması, mizofonik tepkinin öznel oluşu, kaçınma davranışlarına yol açması, iş, aile ve sosyal hayat gibi birçok alanı etkileyerek işlevsellikte düşmeye neden olması mizofoni belirtilerin ruhsal bir sorun olarak tanımlanması gerektiğini düşündürmektedir. Ancak ayrı bir psikiyatrik bozukluk mu yoksa psikiyatrik bir bozukluğa mı bağlı ortaya çıktığı henüz netleşmemiştir.

Robins ve Guze, herhangi bir bozuklukta tanısal geçerlilik için beş aşama tanımlamışlardır: Klinik tanım, laboratuvar çalışmaları, diğer bozukluklardan ayırt

edici özelliklerin tespiti, zaman içindeki tanı sürekliliğini değerlendirebilmek için gerçekleştirilen izlem çalışmaları ve akrabalar arasındaki yaygınlığı belirleyebilmek için yapılan aile çalışmaları (Robins ve Guze, 1970). Mevcut bilgilerimiz mizofoni tanısının geçerliliğini ortaya koymaktan çok uzaktır. Mizofoninin tanısal geçerliliği araştırılmayı beklemektedir. Mizofonin klinik görünümü ve sınırları, sahada ve özel gruplarda yaygınlığı, demografik değişkenlerle ilişkisi, diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği ve ayırıcı özellikleri, odyoloji testlerini içeren labaratuvar çalışmaları, seyrine ilişkin izlem çalışmaları, aile çalışmaları ve tedavi stratejileri yeni çalışmalar için araştırma gündemini oluşturabilir.

Çalışmamızın güçlü yanlarından biri, bildiğimiz kadarıyla çalışmamız mizofoninin ayaktan psikiyatri polikliniğindeki yaygınlığını araştıran tek çalışma olmasıdır. Diğer bir güçlü yanı, mizofonik bireylerde klinik görüşme ile mizofoni belirtileri ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırılmasıdır. Literatürde mizofoni yaygınlığını araştıran çalışmalardan sadece 1’inde klinik görüşme ile mizofoni tanısı konulmuştur. Diğer yaygınlık çalışmalarda ise öz bildirim ölçekleri kullanılmıştır.

Birçok psikiyatrik belirti genel toplumda farklı oranlarda görülebilir ancak belirtilerin psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanması için işlevselliği önemli ölçüde bozması gereklidir. Belirtilerin işlevselliğe etkisini öz bildirim yoluyla ölçmek oldukça güçtür. İşlevsellikteki bozulmayı ölçebilmek için öncelikle kişinin belirtiler başlamadan önceki işlevsellik düzeyini bilmek gereklidir. Bundan sonra kişinin durumuna uygun sorularla bozulmayı tespit etmek uygun olur. Örneğin bir ev hanımının işlevsellik düzeyi ile profesyonel bir sporcunun işlevselliğini değerlendirmek için aynı standart soruları sormak, işlevsellikteki bozulmayı doğru değerlendirmeyi engelleyebilir. Çalışmamızda mizofoni belirtilerinin işlevselliğe etkisi olabildiğince doğru tespit edilmeye çalışıldı. Psikiyatri polikliniğine başvuran 1601 kişinin %14’ü Jager ve ark.’nın önerdiği tanı ölçütlerinden A ölçütünü (İşitsel, görsel veya duyuşal tetikleyicilerden rahatsız olma ve Ağız veya burun seslerinin tetikleyici olması gerekir) karşılıyordu ancak %2,9’una mizofoni tanısı konuldu. Bu farkın en önemli nedeni tanı konulmayan kişilerde mizofoni belirtilerinin işlevselliği yeterince bozmadığının belirlenmesiydi.

Çalışmamızın bir sınırlılığı mizofoni tanısını koyarken kullandığımız önerilen tanı ölçütlerinin henüz geçerli ve güvenilir olmamasıdır. Diğer bir sınırlılık, literatürde mizofoni belirti şiddetini ölçen geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek bulunmamasıdır. Bu nedenle belirti şiddetini ölçmek için kendi ölçme aracımızı geliştirdik. Tarafımızca uygulanan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Diğer bir sınırlılık da olgu sayısının az olmasıdır. Bu sayı azlığı ileri istatistiksel analizlerin yapılmasını engellemiştir. Çalışmamızın bir diğer sınırlılığı psikiyatri polikliniğine başvuran ancak mizofoni tanısı almayan hastalardan oluşan bir kontrol grubunun olmamasıdır. Kontrol grubunun olmayışı, mizofonik belirtilerin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisiyle ilgili daha güvenilir verilere ulaşılmasını engellemiş olabilir.

5.2. Sonuç

Bu çalışma mizofonin ayaktan psikiyatri hastalarındaki yaygınlığını araştıran ilk ve klinik görüşmeyle verilerin elde edildiği az sayıdaki çalışmadan biridir. Bu nedenle araştırmamızın bu konudaki literatüre önemli katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Araştırmamızda mizofonin ayaktan psikiyatri hastalarında yaygınlığı %2,9 bulundu, cinsiyete göre yaygınlığında anlamlı fark saptanmadı. Mizofoniye en sık eşlik eden psikiyatrik tanıların majör depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk, en sık eşlik eden kişilik bozukluğu tanılarının ise sınırda ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları olduğunu tespit edildi. Mizofoni belirti şiddetinin anksiyete ve depresyon şiddeti ile ilişkili olduğu, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum ve diğer sosyodemografik değişkenlerden etkilenmediği tespit edildi. Mizofoni belirti şiddeti arttıkça, yaşam kalitesi ve işlevselliğin düştüğü ortaya kondu. Sesi taklit etme ve sesi bastıracak gürültü çıkarma yoluyla başa çıkmaya çalışanların yaşam kalitelerinin daha yüksek bulunmasının, mizofonin ilaç dışı tedavi stratejilerinin gelişimine katkı sağlayacağını umuyoruz.

Yeni tanımlanan bu klinik durumun etiyolojisi ve epidemiyolojisiyle ilgili bilgiler yetersizdir. Klinik görünümü ve ayırt edici özellikleri netleşmemiştir. Tanı ölçütleri ve ölçekler standardize edilmemiştir, kanıta dayalı bir tedavi bilinmemektedir. Psikiyatrik sınıflama sistemlerine, yeni bir bozukluğu eklemekten önce, mizofonin

tanısal geçerliliği ve klinik faydası için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.



6. KAYNAKLAR

Akdemir A, Örsel DS, Dağ, İ, Türkçapar MH, İşcan N , Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4:251-9.

Annagür BB , Tamam L. Major depresyon hastalarında diğer psikiyatrik bozukluklar. *AJCI*. 2010;4:111-7.

Aydemir Ö , Uykur, B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin türkçe sürümünün bipolar bozuklukta güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2012;23:193-200.

Bauer M. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*: Georg Thieme Verlag; 2004, p:61-62.

Bernstein RE, Angell, KL , Dehle, CM. A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: a case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2013;6.

Brout JJ, Edelstein, M, Erfanian, M, Mannino, M, Miller, LJ, Rouw, R, Kumar, S , Rosenthal, MZ. Investigating misophonia: A review of the empirical literature, clinical implications, and a research agenda. *Frontiers in Neuroscience*. 2018:36.

Bruxner G. 'Mastication rage': a review of misophonia—an under-recognised symptom of psychiatric relevance? *Australasian Psychiatry*. 2016;24:195-7.

Cavanna AE , Seri, S. Misophonia: current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015;11:2117.

Danesh A , Aazh, H. Misophonia: A neurologic, psychologic, and audiologic complex. *The Hearing Journal*. 2020;73:20-2.

Dozier TH, Lopez, M , Pearson, C. Proposed diagnostic criteria for misophonia: A multisensory conditioned aversive reflex disorder. *Frontiers in psychology*. 2017;8:1975.

Dozier TH , Morrison, KL. Phenomenology of misophonia: initial physical and emotional responses. *The American Journal of Psychology*. 2017;130:431-8.

Dunn W. *Sensory profile*: Psychological Corporation; 1999, p:12-13.

Durak H , Seferoğlu SS. Türkiye'de sosyal medya okuryazarlığı ve sosyal ağ kullanım örüntülerinin incelenmesi. *Journal of International Social Research*. 2016;9.

Edelstein M, Brang, D, Rouw, R , Ramachandran, VS. Misophonia: physiological investigations and case descriptions. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013:296.

Endicott J, Spitzer, RL, Fleiss, JL , Cohen, J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Archives of general psychiatry. 1976;33:766-71.

Erfanian M, Kartsonaki, C , Keshavarz, A. Misophonia and comorbid psychiatric symptoms: a preliminary study of clinical findings. Nord J Psychiatry. 2019a;73:219-28.

Erfanian M, Kartsonaki, C , Keshavarz, A. Misophonia and comorbid psychiatric symptoms: a preliminary study of clinical findings. Nordic journal of psychiatry. 2019b;73:219-28.

Eser E, Fidaner, H, Fidaner, C, Eser, SY, Elbi, H , Göker, E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi. 1999;7:23-40.

First M, Gibbon, M, Spitzer, R, Williams, J , Benjamin, L. Structured clinical interview for DSM-IV II personality disorders (SCID-II). 1997.

Frankl VE. Logotherapy and existentialism. Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 1967;4:138.

Goodman WK, Price, LH, Rasmussen, SA, Mazure, C, Fleischmann, RL, Hill, CL, Heninger, GR , Charney, DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. Archives of general psychiatry. 1989;46:1006-11.

Group W. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine. 1998;28:551-8.

Gündüz A, Yaşar, AB, Gündoğmuş, İ, Savran, C , Konuk, E. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2018;19:68-75.

Hamilton M. Hamilton anxiety rating scale. Brit J Med Psychol. 1959;32:50-5.

Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry. 1960;23:56.

Jager I, De Koning, P, Bost, T, Denys, D , Vulink, N. Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample. PloS one. 2020;15:e0231390.

Jager I, Vulink, N, De Roos, C , Denys, D. EMDR therapy for misophonia: a pilot study of case series. European Journal of Psychotraumatology. 2021a;12:1968613.

Jager IJ, Vulink, NC, Bergfeld, IO, Van Loon, AJ , Denys, DA. Cognitive behavioral therapy for misophonia: A randomized clinical trial. Depression and anxiety. 2021b;38:708-18.

Jastreboff MM , Jastreboff, PJ. Components of decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, phonophobia. ITHS News Lett. 2001;2:1-5.

Jastreboff MM , Jastreboff, PJ. Decreased sound tolerance and tinnitus retraining therapy (TRT). Australian and New Zealand Journal of Audiology, The. 2002;24:74-84.

Jastreboff P. Tinnitus handbook. London: Singular Publishing Group; 2000.

Jastreboff P , Jastreboff, M. Using TRT to treat hyperacusis, misophonia and phonophobia. ENT Audiol News. 2013;21:88-90.

Jastreboff PJ , Hazell, JW. A neurophysiological approach to tinnitus: clinical implications. British journal of audiology. 1993;27:7-17.

Jastreboff PJ , Hazell, JW. Tinnitus retraining therapy: Implementing the neurophysiological model: Cambridge University Press; 2008.

Jastreboff PJ , Jastreboff, MM. Decreased sound tolerance. Tinnitus: Theory and management. 2004:8-15.

Jastreboff PJ , Jastreboff, MM. Tinnitus retraining therapy: a different view on tinnitus. Orl. 2006;68:23-30.

Jastreboff PJ , Jastreboff, MM. Treatments for decreased sound tolerance (hyperacusis and misophonia). Seminars in Hearing, 2014. Thieme Medical Publishers, 105-20.

Jastreboff PJ , Jastreboff, MM. Decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, diplacusis, and polyacusis. Handbook of clinical neurology. 2015;129:375-87.

Karamustafalıoğlu K, Üçışık, A, Ulusoy, M , Erkmen, H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa Savaş Ofset. 1993;86.

Kılıç C, Öz, G, Avanoğlu, KB , Aksoy, S. The prevalence and characteristics of misophonia in Ankara, Turkey: population-based study. BJPsych open. 2021;7.

Kluckow H, Telfer, J , Abraham, S. Should we screen for misophonia in patients with eating disorders? A report of three cases. International Journal of Eating Disorders. 2014;47:558-61.

Koziol LF, Budding, DE , Chidekel, D. Sensory integration, sensory processing, and sensory modulation disorders: Putative functional neuroanatomic underpinnings. The Cerebellum. 2011;10:770-92.

Köhler O, Horsdal, HT, Baandrup, L, Mors, O , Gasse, C. Association between Global Assessment of Functioning scores and indicators of functioning, severity, and prognosis in first-time schizophrenia. Clinical epidemiology. 2016;8:323.

Kumar S , Griffiths, TD. Response: Commentary: The Brain Basis for Misophonia. Front Behav Neurosci. 2017;11:127.

Kumar S, Tansley-Hancock, O, Sedley, W, Winston, JS, Callaghan, MF, Allen, M, Cope, TE, Gander, PE, Bamiou, D-E, Griffiths, TD. The brain basis for misophonia. *Current Biology*. 2017;27:527-33.

May-Benson TA, Koomar, J, Teasdale, A. Incidence of pre-, peri-, and post-natal birth and developmental problems of children with sensory processing disorder and children with autism spectrum disorder. *Frontiers in integrative neuroscience*. 2009;31.

Mcguire JF, Wu, MS, Storch, EA. Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76:3143.

Møller AR, Langguth, B, Deridder, D, Kleinjung, T. *Textbook of tinnitus*: Springer Science & Business Media; 2010.

Naylor J, Caimino, C, Scutt, P, Hoare, DJ, Baguley, DM. The prevalence and severity of misophonia in a UK undergraduate medical student population and validation of the Amsterdam misophonia scale. *Psychiatric Quarterly*. 2021;92:609-19.

Palumbo DB, Alsalman, O, De Ridder, D, Song, J-J, Vanneste, S. Misophonia and potential underlying mechanisms: A perspective. *Frontiers in psychology*. 2018;9:953.

Rabasco A, McKay, D. Exposure Therapy for Misophonia: Concepts and Procedures. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2021;35:156-66.

Reid AM, Guzick, AG, Gernand, A, Olsen, B. Intensive cognitive-behavioral therapy for comorbid misophonic and obsessive-compulsive symptoms: A systematic case study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016;10:1-9.

Robins E, Guze, SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American journal of psychiatry*. 1970;126:983-7.

Rogers SJ, Ozonoff, S. Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46:1255-68.

Rosa AR, Sánchez-Moreno, J, Martínez-Aran, A, Salamero, M, Torrent, C, Reinares, M, Comes, M, Colom, F, Van Riel, W, Ayuso-Mateos, JL. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2007;3:1-8.

Rouw R, Erfanian, M. A Large-Scale Study of Misophonia. *J Clin Psychol*. 2018;74:453-79.

San Giorgi R. Hyperactivity in amygdala and auditory cortex in misophonia: preliminary results of a functional magnetic resonance imaging study. *Amsterdam Brain Cognition Journal*. 2015;2:21-8.

Sanchez TG , Silva, FED. Familial misophonia or selective sound sensitivity syndrome: evidence for autosomal dominant inheritance? Brazilian journal of otorhinolaryngology. 2018;84:553-9.

Sarigedik E , Yurteri, N. Misophonia successfully treated of with fluoxetine: a case report. Clinical Neuropharmacology. 2021;44:191-2.

Schaaf H, Kastellis, G , Hesse, G. Geräuschüberempfindlichkeit: Hyperakusis–Phonophobie–Recruitment. HNO kompakt. 2009;17:227-37.

Schaaf H , Nelting, M. Wenn Geräusche zur Qual werden. Geräuschempfindlichkeit. Trias, Stuttgart. 2003.

Schneider RL , Arch, JJ. Potential treatment targets for misophonia. Gen Hosp Psychiatry. 2015;37:370-1.

Schröder A, Van Diepen, R, Mazaheri, A, Petropoulos-Petalas, D, Soto De Amesti, V, Vulink, N , Denys, D. Diminished n1 auditory evoked potentials to oddball stimuli in misophonia patients. Frontiers in behavioral neuroscience. 2014;8:123.

Schröder A, Vulink, N , Denys, D. Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. PloS one. 2013;8:e54706.

Schröder AE, Vulink, NC, Van Loon, AJ , Denys, DA. Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. Journal of Affective Disorders. 2017;217:289-94.

Schwartz P, Leyendecker, J , Conlon, M. Hyperacusis and misophonia: the lesser-known siblings of tinnitus. Minnesota Medicine. 2011;94:42-3.

Schwemmler C , Arens, C. " Ear rage": misophonia: Review and current state of knowledge. HNO. 2021;70:3-13.

Sharf RS. Theories of psychotherapy & counseling: Concepts and cases: Cengage Learning; 2015.

Shear MK, Vander Bilt, J, Rucci, P, Endicott, J, Lydiard, B, Otto, MW, Pollack, MH, Chandler, L, Williams, J , Ali, A. Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). Depression and anxiety. 2001;13:166-78.

Sheehan DV, Lecrubier, Y, Sheehan, KH, Amorim, P, Janavs, J, Weiller, E, Hergueta, T, Baker, R , Dunbar, GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. Journal of clinical psychiatry. 1998;59:22-33.

Siepsiak M, Sobczak, AM, Bohaterewicz, B, Cichocki, Ł , Dragan, WŁ. Prevalence of misophonia and correlates of its symptoms among inpatients with depression. International journal of environmental research and public health. 2020;17:5464.

Silverman AB, Reinherz, HZ , Giaconia, RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect*. 1996;20:709-23.

Skevington SM, Lotfy, M , O'connell, KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*. 2004;13:299-310.

Taylor S. Misophonia: A new mental disorder? *Med Hypotheses*. 2017;103:109-17.

Theodoroff SM, Reavis, KM, Griest, SE, Carlson, KF, Hammill, TL , Henry, JA. Decreased sound tolerance associated with blast exposure. *Scientific reports*. 2019;9:1-8.

Veale D. A compelling desire for deafness. *Journal of deaf studies and deaf education*. 2006;11:369-72.

Vidal C, Vidal, LM , Lage, MA. Misophonia: case report. *European Psychiatry*. 2017;41:S644-S.

Villemarette-Pittman NR, Stanford, MS, Greve, KW, Houston, RJ , Mathias, CW. Obsessive—compulsive personality disorder and behavioral disinhibition. *The Journal of psychology*. 2004;138:5-22.

Webber TA , Storch, EA. Toward a theoretical model of misophonia. *General Hospital Psychiatry*. 2015;37:369-70.

Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of general psychiatry*. 1988;45:742-7.

Wu MS, Lewin, AB, Murphy, TK , Storch, EA. Misophonia: incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *Journal of clinical psychology*. 2014;70:994-1007.

Yazıcı MK, Demir, B, Tanriverdi, N, Karaağaoğlu, E , Yolaç, P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9:114-7

Zhou X, Wu, MS , Storch, EA. Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017;14:7-12.

7. EKLER

7.1. EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

Adı soyadı: Yaş: Cinsiyet:
Telefon no: Tarih: .. /.. /20
Adres:
.....

1. Öğrenim durumu:

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5) Yüksek lisans

2. Çalışma durumu:

1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor 3) Emekli 4) Öğrenci 5) Ev Hanımı

3. Mesleği:

.....

4. Hane aylık geliri:

1) 0-1000 TL 2) 1001-2000 TL 3) 2001-3000 TL
4) 3001-4000 TL 5) 4001-5000 TL 6) 5000'den fazla

5. Medeni hali: 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4) Dul

6. Çocuk sayısı: 1) YOK 2) VAR, sayısı:

7. Nerede ve kimlerle yaşıyor:

1) Yalnız 2) Çekirdek aile 3) Geniş aile 4) Sosyal kurum 5) Diğer

7A. Hanedeki toplam kişi sayısı:

7B. Varsa anne/baba/çocuk ve kardeşler dışında evde yaşayan kişiler (B.anne vb.) :

1. 2. 3. 4.
.....

8. Yaşadığı bölge: 1) Kırsal 2) Kentsel

9. Sigara kullanımı: 1) YOK 2) VAR, miktar: /gün, ... yıldır.

10. Alkol/madde kullanımı:

1) Yok 2) Var

10A: Var ise alkol/madde tipi:

10B: Kullanım sıklığı (son 3 ay) ve bir seferde içilen miktar:

.....

- 1) Bir ya da iki kez: son 3 ayda 1 - 2 kez kullandım.
- 2) Aylık: son 3 ayda aylık ortalama 1 - 3 kez kullandım.
- 3) Haftalık: haftalık 1 - 4 kez kullandım.
- 4) Günlük / neredeyse her gün: haftalık 5 - 7 gün kullandım.
- 5) Bırakmış: Alkol/madde tipi/ne sıklıkta/kaç yıl kullanmış:

10C. Madde: Sıklık: .. /ay Süre: .../ yıl

10D. Madde: Sıklık: .. /ay Süre: .../ yıl

10E. Madde: Sıklık: .. /ay Süre: .../ yıl

11. Ek fiziksel hastalık(lar) :

- 1) YOK 2) VAR:

12. Uyku sorunu:

- 1) YOK 2) VAR:

13. İşitme durumu:

- 1) Herkes gibi 2) Diğerlerinden daha iyi 3) Diğerlerinden daha az

14. Kulak çınlaması:

- 1) Hayır (15'e geçin) 2) Halen VAR 3) Geçmişte VAR

14A. Nasıl bir ses?.....

15. KBB başvurusu:

- 1) YOK 2) VAR (Nedeni:)

16. Soy geçmişte psikiyatrik hastalık:

- 1) Hayır (17'ye geçin) 2) Evet

16a-1. Akrabalık derecesi: 16a-2. Hastalık:

.....

16b-1. Akrabalık derecesi: 16b-2. Hastalık:

.....

16c-1. Akrabalık derecesi: 16c-2. Hastalık:

.....

17. Soy geçmişte mizofonik belirti:

- 1) Hayır (18'e geçin) 2) Evet

17a-1. Akrabalık derecesi: 17a-2. Belirti:

.....

17b-1. Akrabalık derecesi: 17b-2. Belirti:

.....

17c-1. Akrabalık derecesi: 17c-2. Belirti:

.....

18. Psikiyatrik ilaç kullanımı:

- 1) YOK (19'a geçin) 2) VAR 3) Geçmişte VAR

18a. Psikiyatrik ilaç-1:
.....

18b. Psikiyatrik ilaç-2:

19. Mevcut poliklinik başvuru nedeni:

1) Mizofoni semptomları için2) Diğer:

.....



20. Mizofoni tetikleyici ses listesi:

Tetikleyici ses		Rahatsız etme derecesi			
		Hiç	Biraz	Orta	Çok
1	Yemek yeme/çiğneme				
2	Ağız şapırdatma				
3	Elma/havuç/salatalık vb. ısırma sesi				
4	Yutma sesi				
5	Cips/kraker vb. ktırdama sesi				
6	Çay/kahve vb. höpürdeterek içme sesi				
7	Yutkunma sesi				
8	Ağızdan veya burundan nefes alma sesi				
9	Burun çekme veya temizleme sesi				
10	Boğaz temizleme				
11	Islık çalma				
12	Sakız çiğneme				
13	Esneme				
14	Horlama				
15	Öksürme				
16	Hıçkırma				
17	Hapşırma				
18	Topuklu ayakkabı sesi				
19	Yazma ve tıklama				
20	Kalem tıklaması				
21	Tırnakla kesme sesi				
22	Çatal bıçak sesleri				
23	Sayfa çevirme sesi				
24	Poşet hışıltısı				
25	Herkese açık telefon görüşmesi				
26	Öpüşme sesi				
27	Komşuların müzik sesleri				
28	Komşuların konuşma sesleri				
29	Saat tik takı				
30	Elektrikli süpürge sesi				
31	Diğer aletlerin/makinaların sesleri				
32	Hayvan sesleri(havlama, mırıldanma vb.)				
33	Tekrarlayan sesler(bacak sallama, kalemi masaya vurma..)				
34	Diğer rahatsız edici ses:				

21. Yukarıdaki belirtilen orta veya ağır derecede rahatsız edici sesler ile aşağıdaki duyguları ne sıklıkta hissediyor? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

Hissettiği duygu		Duygunun hissedilme sıklığı				
		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Öfke					
2	İğrenme/tiksinme					
3	Kızgınlık					
4	Korku					
5	Kaygı/endişe					
6	Üzüntü /mutsuzluk					
7	Panik					
8	Bunaltı/daralma					
9	Sıkışmış hissetme					

22. Rahatsız edici seslerin yol açtığı, yukarıda belirtilen duyguların şiddeti?

Hissettiği Duygu		Duygunun şiddeti				
		Hiç	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1	Öfke					
2	İğrenme/tiksinme					
3	Kızgınlık					
4	Korku					
5	Kaygı/endişe					
6	Üzüntü /mutsuzluk					
7	Panik					
8	Bunaltı/daralma					
9	Sıkışmış hissetme					

23. Rahatsız edici sesler ile ortaya çıkan fiziksel belirtiler ve sıklıkları?

Fiziksel Belirti		Fiziksel belirtinin sıklığı				
		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Çarpıntı					
2	Nefes darlığı					
3	Ağız kuruluğu					
4	Titreme					
5	Terleme					
6	Kaslarda/vücutta gerginlik					
7	Vücut ısısında artış					
8	Kalp atış hızında artış					
9	Tansiyon yükselmesi					

10	Göğüs, kollar, kafa veya tüm vücutta basınç hissi					
----	---	--	--	--	--	--

24. Rahatsız edici seslerin yol açtığı, yukarıda belirttiğiniz fiziksel belirtiler ve şiddetleri?

Fiziksel Belirti		Fiziksel belirtinin şiddeti				
		Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok Şiddetli
1	Çarpıntı					
2	Nefes darlığı					
3	Ağız kuruluğu					
4	Titreme					
5	Terleme					
6	Kaslarda/vücutta gerginlik					
7	Vücut ısısında artış					
8	Kalp atış hızında artış					
9	Tansiyon yükselmesi					
10	Göğüs, kollar, kafa veya tüm vücutta basınç hissi					

25. Seslerle başa çıkma yöntemleri?

Başa çıkma davranışı		Başa çıkma davranışı sıklığı				
		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Sesin olduğu ortamı terk etme					
2	Sesi duyabileceğiniz yerlere girmeme					
3	Sesi bastırarak gürültü çıkarma					
4	Sesi taklit etme					
5	Müzik dinleme					
6	Ses çıkaran kişiyi uyarma/Sesi susturma					
7	Kulak tıkacı takma/Kulakları kapatma					
8	Dikkatini başka bir şeye yönlendirmeye çalışma					
9	Sigara içme					
10	Alkol kullanma					
11	Diğer:					

26. Seslerden rahatsız olmayı artıran etkenler:

1) YOK 2) VAR:

27. Seslerden rahatsız olmayı azaltan etkenler:

1) YOK 2) VAR:

28. Seslerden rahatsız olmanın başlama yaşı:

29. İlk rahatsız olunan tetikleyici ses:

29A: Varsa daha sonra eklenen tetikleyici sesler ve ortaya çıkış sırası?

1:

2:

3:

30. Başlatan bir olay?

1) YOK 2) VAR:

31. Travmatik yaşantı?

1) YOK 2) VAR:

32. Belirtilerin azaldığı/kaybolduğu veya arttığı dönemler?

A) Azaldığı/kaybolduğu dönem.....

B) Arttığı dönem.....

33. Başlangıçtan itibaren belirtilerin şiddetinin seyri?

1) Arttı 2) Azaldı 3) Başladığından beri aynı şiddette 4) Arada düzeliyor başlıyor

34. Tetikleyici seslerden rahatsız olma durumunun kişiye göre değişimi (Hayır ise 36. Soruya geçiniz)

1) YOK 2) VAR

35. Tetikleyici sesleri kimler çıkardığında daha çok rahatsız oluyor?

1) Partner/Eş 2) Anne 3) Baba
4) Kardeş 5) Diğer akrabalar 6) Tanıdığı diğer insanlar
7) Tanımadığı insanlar 8) Sevdiği insanlar 9) Sevmediği insanlar
10) Diğer:

36. Tetikleyici sesleri kendi çıkardığı zaman rahatsız oluyor mu?

1) Evet B) Hayır

37. Tekrarlayan sesler daha mı kötü?

1) Evet B) Hayır

38. Görsel tetikleyiciler?

1) Yok 2) Bacak sallama
3) El titremesi 4) Yemek yiyen birini görmek
5) Şeftali/limon yiyen birini görmek 6) Diğer:
.....

39. Görsel tetikleyiciler varsa rahatsız edici ses ile birlikte olmadığında rahatsızlık veriyor mu?

1) Evet B) Hayır

40. Sesten rahatsız olmanızı mantıksız ya da aşırı buluyor musunuz? Bütün sesler için geçerli mi?

1) Evet (tüm sesler) 2) Hayır (tüm sesler)
3) Evet mantıksız/aşırı buluyorum şu sesler hariç.....

41. Sesler nedeniyle yapamadığınız şeyler var mı?
1) Evet: 2)
Hayır
42. Sesler nedeniyle gidemediğiniz yerler var mı?
1) Evet: 2)
Hayır
43. Seslerin sosyal ilişkilerinize olumsuz etkisi var mı?
1) Evet 2) Hayır
44. Seslerden rahatsız olmanız gün içerisinde ne kadar zamanınızı alıyor?
1) 1 saatten az 2) 1 saatten fazla
45. Seslerden rahatsız olma yaşamınızı ne ölçüde sınırlıyor (iş, ev vb.) ?
1) Hiç 2) Hafif 3) Orta 4) Çok
46. Seslerden rahatsız olma durumunuz için hiç psikiyatrist veya psikoloğa başvurduğunuz mu?
1) Evet 2) Hayır
47. Seslerden rahatsızlık duyma durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Bir rahatsızlık olduğunu düşünmüyorum
2) Ruhsal bir rahatsızlık olduğunu düşünüyorum
3) Fiziksel bir rahatsızlık olduğunu düşünüyorum
4) Her ikisi de
48. Rahatsız edici ses listesinde sizi en çok eden rahatsız eden/ hayatınızı en çok etkileyen sesler hangileriydi? (sırası ile)
1-
2-
3-

SCID-DSM tanıları:

- | | |
|----|----|
| 1- | 2- |
| 3- | 4- |

SCID-II DSM tanıları:

- | | |
|----|----|
| 1- | 2- |
| 3- | 4- |

7.2. EK-2: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlmli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

- A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
- 0- Kilo kaybı yok.
 - 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
 - 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 - 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahatete ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:



7.3. EK-3: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

		Birini				
		İşaretleyin				
1.	ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2.	GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3.	KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4.	UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5.	ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6.	DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7.	BEDENSEL: (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8.	SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük	0	1	2	3	4

duyguları, karıncalanma duyumu.

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. KARDİYOYOVASKÜLER SEMPTOMLAR:
Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların
titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste
baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç
çekme, dispne. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR:
Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın
ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk,
bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı,
konstipasyon. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık
işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi,
erken boşalma, libido kaybı, empotans. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız
kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme
eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı,
saçların diken diken olması. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ:
Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme,
ellerde titremeler, alında kıvrışma, gergin yüz, iç
çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu,
yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları,
dilate pupiller, egzofthalmus. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**7.4. EK-4: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği
(YBOKÖ)**

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECEİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

7.5. EK-5: Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim yada yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecedeuygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

7.6. EK-6: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ)

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk

yaşamaktadır? Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK	
1. Evde sorumluluk üstlenme	(0) (1) (2) (3)
2. Kendi başına yaşayabilme	(0) (1) (2) (3)
3. Alışveriş yapabilme	(0) (1) (2) (3)
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0) (1) (2) (3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK	
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine getirme	(0) (1) (2) (3)
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	(0) (1) (2) (3)
8. Mesleki kazanımlar elde etme	(0) (1) (2) (3)
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0) (1) (2) (3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK	
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	(0) (1) (2) (3)
11. Akıldan hesap yapabilme	(0) (1) (2) (3)
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	(0) (1) (2) (3)
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	(0) (1) (2) (3)
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0) (1) (2) (3)
MALİ KONULAR	
15. Kendi parasını idare edebilme	(0) (1) (2) (3)
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0) (1) (2) (3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER	
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
18. Sosyal faaliyetlere katılabılme	(0) (1) (2) (3)
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	(0) (1) (2) (3)
20. Ailesiyle birlikte yaşama	(0) (1) (2) (3)
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	(0) (1) (2) (3)
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0) (1) (2) (3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ	
23. Egzersiz veya spor yapma	(0) (1) (2) (3)
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0) (1) (2) (3)

**7.7. EK-7: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
(WHOQOL-BREF-TR)**

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1-Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2-Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3-Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	5	4	3	2	1
4-Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
5- Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6- Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7-Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8-Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9- Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10- Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11- Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12- İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13- Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde	1	2	3	4	5

ulaşabiliyorsunuz?					
14- Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5
	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15- Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16-Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17-Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18-İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19-Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20-Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21-Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22-Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23-Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24-Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25-Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26-Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	5	4	3	2	1
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27- Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

7.8. Ek 8: Mizofoni Belirti Listesi (MBL) ve Mizofoni Toplam Puanı (MTP)

1-Tetikleyici ses listesi:

Tetikleyici ses		Rahatsız etme derecesi			
		Hiç=0	Biraz=1	Orta=2	Çok=3
1	Yemek yeme/çiğneme				
2	Ağız şapırdatma				
3	Elma/havuç/salatalık vb. ısırma sesi				
4	Yutma sesi				
5	Cips/kraker vb. ktırdama sesi				
6	Çay/kahve vb. höpürdeterek içme sesi				
7	Yutkunma sesi				
8	Ağızdan veya burundan nefes alma sesi				
9	Burun çekme veya temizleme sesi				
10	Boğaz temizleme				
11	Islık çalma				
12	Sakız çiğneme				
13	Esneme				
14	Horlama				
15	Öksürme				
16	Hıçkırma				
17	Hapşırma				
18	Topuklu ayakkabı sesi				
19	Yazma ve tıklama				
20	Kalem tıklaması				
21	Tırnakla kesme sesi				
22	Çatal bıçak sesleri				
23	Sayfa çevirme sesi				
24	Poşet hışıltısı				
25	Herkese açık telefon görüşmesi				
26	Öpüşme sesi				
27	Komşuların müzik sesleri				
28	Komşuların konuşma sesleri				
29	Saat tik takı				
30	Elektrikli süpürge sesi				
31	Diğer aletlerin/makinaların sesleri				
32	Hayvan sesleri(havlama, mırıldanma vb.)				
33	Tekrarlayan sesler(bacak sallama, kalemi masaya vurma..)				
34	Diğer rahatsız edici ses:				

2- Rahatsız edici sesler ile karşılaştığında aşağıdaki duyguları ne sıklıkta hissediyor?

Hissettiği duygu		Duygunun hissedilme sıklığı				
		Hiçbir zaman=0	Nadiren=1	Bazen=2	Çoğu zaman=3	Her zaman=4
1	Öfke					
2	İğrenme/tiksinme					
3	Kızgınlık					
4	Korku					
5	Kaygı/endişe					
6	Üzüntü /mutsuzluk					
7	Panik					
8	Bunaltı/daralma					
9	Sıkışmış hissetme					

3- Rahatsız edici seslerin yol açtığı, yukarıda belirtilen duyguların şiddeti?

Hissettiği Duygu		Duygunun şiddeti				
		Hiç=0	Hafif=1	Orta=2	Şiddetli=3	Çok Şiddetli=4
1	Öfke					
2	İğrenme/tiksinme					
3	Kızgınlık					
4	Korku					
5	Kaygı/endişe					
6	Üzüntü /mutsuzluk					
7	Panik					
8	Bunaltı/daralma					
9	Sıkışmış hissetme					

4- Rahatsız edici sesler ile ortaya çıkan fiziksel belirtiler ve sıklıkları?

Fiziksel Belirti		Fiziksel belirtinin sıklığı				
		Hiçbir zaman=0	Nadiren=1	Bazen=2	Çoğu zaman=3	Her zaman=4
1	Çarpıntı					
2	Nefes darlığı					
3	Ağız kuruluğu					
4	Titreme					
5	Terleme					
6	Kaslarda/vücutta gerginlik					
7	Vücut ısısında artış					
8	Kalp atış hızında artış					
9	Tansiyon yükselmesi					
10	Göğüs, kollar, kafa veya tüm vücutta basınç hissi					

5- Rahatsız edici seslerin yol açtığı, yukarıda belirttiğiniz fiziksel belirtiler ve şiddetleri?

Fiziksel Belirti		Fiziksel belirtinin şiddeti				
		Hiç=0	Hafif=1	Orta=2	Şiddetli=3	Çok Şiddetli=4
1	Çarpıntı					
2	Nefes darlığı					
3	Ağız kuruluğu					
4	Titreme					
5	Terleme					
6	Kaslarda/vücutta gerginlik					
7	Vücut ısısında artış					
8	Kalp atış hızında artış					
9	Tansiyon yükselmesi					
10	Göğüs, kollar, kafa veya tüm vücutta basınç hissi					

6- Seslerle başa çıkma yöntemleri?

Başa çıkma davranışı		Başa çıkma davranışı sıklığı				
		Hiçbir zaman=0	Nadiren=1	Bazen=2	Çoğu zaman=3	Her zaman=4
1	Sesin olduğu ortamı terk etme					
2	Sesi duyabileceğiniz yerlere girmeme					
3	Sesi bastırarak gürültü çıkarma					
4	Sesi taklit etme					
5	Müzik dinleme					
6	Ses çıkaran kişiyi uyarma/Sesi susturma					
7	Kulak tıkacı takma/Kulakları kapatma					
8	Dikkatini başka bir şeye yönlendirmeye çalışma					
9	Sigara içme					
10	Alkol kullanma					
11	Diğer:					