

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ANKARA'DA MİZOFONİ BELİRTİLERİNİN YAYGINLIĞI,
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE RUHSAL BELİRTİLERLE İLİŞKİSİ**

Dr. Gökhan ÖZ

UZMANLIK TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cengiz KILIÇ**

**ANKARA
2016**

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini aktararak eğitimime katkıda bulunan, bana her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşarak destek olan, bu araştırmanın fikir aşamasından son satırlarına kadar bütün bölümlerinde yanımda olan, yanımda çalışmaktan mutluluk ve onur duyduğum tez danışmanım Prof. Dr. Cengiz Kılıç'a teşekkürlerimi sunarım.

Bu çalışmanın başta veri toplama olmak üzere tüm aşamalarında yardım ve desteğini esirgemeyen, eşim Dr. Nergiz Öz, kardeşlerim Nagehan Öz ve Nilüfer Allahverdi'ye, arkadaşlarım, Abdullah Onur, Fahmin Hagverdiyev, Furkan Bakaç, Yasemin Ünal'a, veri girişi ve birçok aşamada yardımını esirgemeyen Özlem Şeyda Uluğ'a, tüm zorluklara benimle birlikte çözüm bulan asistan arkadaşım Dr. Arda Bağcaz'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk zamanlardan itibaren yalnızca psikiyatrik konularda bilgi düzeyimin artışı değil, öğrenme biçimimi, hastaya yaklaşımımı, kişisel gelişimimi açıkça ya da model olarak destekleyen, her konuda titiz, özenli, bilimsel, etik bir tutum sergileyen böyle davranmayı yüreklendiren, bilgi ve deneyimini sabırla ve içtenlikle paylaşan Yard. Doç. Dr. Koray Başar ve Doç. Dr. Yavuz Ayhan'a teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık hayatım boyunca, mesleki kimliğimin oluşmasında emekleri olan, eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini aktaran, nitelikli bilimsel eğitim almamı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu'na, Prof. Dr. Kazım Yazıcı'ya, Prof. Dr. Aylin Uluşahin'e, Prof. Dr. Berna Uluğ'a, Prof. Dr. Aygün Ertuğrul'a, Prof. Dr. Suzan Özer'e, Prof. Dr. Başaran Demir'e, Prof. Dr. Elif Barışkın'a, Doç. Dr. Özlem Erden Aki'ye, Yard. Doç. Dr. Şeref Can Gürel'e, Uz. Dr. İrem Yıldız'a, Yard. Doç. Dr. Sertaç AK'a teşekkürlerimi sunarım. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Nöroloji rotasyonlarım sırasında mesleki eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Asistanlık hayatım boyunca birlikte çalıştığım, birlikte ve birbirimizden öğrendiğimiz, bilgi ve deneyimlerimizi, duygularımızı paylaştığımız, bana destek olan asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm psikolog, hemşire, sekreter ve yardımcı sağlık personeli çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Öz Gökhan. Ankara’da Mizofoni Belirtilerinin Yaygınlığı, Sosyodemografik Özellikler ve Ruhsal Belirtilerle İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara, 2016.

Son yıllarda çeşitli hafif seslerden belirgin olarak rahatsız olma anlamına gelen mizofoni üzerine ilgi artmış ve bu konuda ardarda çalışmalar yayımlanmaya başlanmıştır. Son çalışmalarda daha önce odyoloji literatüründe bilinen ve incelenen bu durumun psikiyatrik bir bozukluk olabileceğine yönelik bulgular sunulmuştur. Mizofoninin yaygınlığı ve klinik özelliklerini incelemek amacıyla toplumu temsil eden bir örnekleme yapılmış epidemiyolojik çalışma yoktur. Psikiyatri ve psikoloji alanında tanınmaya başlayan mizofoninin cinsiyet yaş, eğitim, genetik yatkınlık gibi özelliklerinin araştırılmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışmada mizofoninin toplumdaki yaygınlığını, klinik ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisini saptamak amaçlanmıştır. Mizofoninin psikiyatrik bir tanı olup olmadığını, mizofoni belirtilerini taramak amacıyla geliştirdiğimiz ölçek aracılığıyla araştırmak bir başka amacımızdır. Araştırmanın örnekleme Ankara kent merkezini temsil edecek şekilde kümeli hane örnekleme yöntemi ile rastgele seçilen 300 hanedeki araştırmaya katılmayı kabul eden 15 yaş üstü tüm kişilerden oluşmaktadır. Bütün katılımcılar sosyodemografik veriler, rahatsızlık duydukları sesler ve mizofoni kliniği ile ilişkili olabilecek faktörler açısından sorgulanmıştır. Ardından tüm katılımcılara Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), ‘DSM-III-R 2. Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-II) Ön Değerlendirme Formu’nun Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu’nu (OKKB) tarayan 9 sorusu ve Otizm Tarama Testi: (OTT) uygulanmıştır. Beşyüz kırk üç kişiden oluşan örnekleme en az bir sestem belirgin derecede rahatsız olma oranı %77.9 (N=426) bulunmuştur. Rahatsız olunan ses sayısı ve rahatsız olma şiddeti kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Kadınlarda, gençlerde, daha fazla eğitimlilerde mizofoni puanları daha fazladır. Araştırmada kullanılan klinik ölçeklerin tümü mizofoni puanlarını pozitif yönde yordamaktadır. Bu çalışma için geliştirilen tanı ölçütlerine göre 42 kişide (%7.7) mizofoni saptanmıştır. Hem mizofoni belirtileri, hem de hastalık düzeyinde mizofoni, toplumda yaygın biçimde görülmektedir. Mizofoninin kadınlar ve erkeklerdeki klinik görünümü önemli farklılıklar sergilemektedir. Önerdiğimiz tanı ölçütlerine göre oluşturulan tanı grubunun klinik ve demografik özellikleri, mizofoninin ayrı bir psikiyatrik bozukluk olarak sınıflanması gerektiğini destekler niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Mizofoni, Düşük Ses Toleransı, çınlama, hiperakuzi, epidemiyoloji

ABSTRACT

Oz G. Prevalence of misophonic symptoms and their relationship with sociodemographic variables and psychological symptoms in Ankara. Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis, Ankara, 2016. Misophonia, which is defined as significant distress caused by certain soft noises, has recently received an increased interest and several new studies have been published. Data presented in recent studies suggest that misophonia, which has long been known and studied in audiology literature, could be classified as a psychiatric disorder. There is no epidemiological study examining the prevalence and clinical features of misophonia in the general population. Although misophonia is known among psychology and psychiatry professionals, there is a need to learn more on its relationship with age, education, and genetic factors. Our aim was to examine the prevalence of misophonia, and its relationship with clinical and sociodemographic variables. We also wanted to find out if misophonia is best described as a psychiatric disorder, using an interview we developed for this purpose. We used a random household sample of all people over 15 living in 300 homes in Ankara city center. All participants were assessed for sociodemographic variables, sounds that they find distressing and clinical factors that could be related to misophonia. They were also given Maudsley Obsessive Compulsive Checklist, Beck depression inventory, 9 items used to screen for Obsessive Compulsive Personality Disorders in Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders and Autism Screening Scale. Number of people reporting a significant level of distress related to at least one noise was 77.9% (425 people out of 543). Number of distressing noises and level of distress for each noise was higher in women than men. Misophonia total score was higher in women, younger and more educated participants. The total scores of all clinical scales used in the study positively predicted misophonia total score. Based on the criteria we developed for this study, rate of misophonia diagnosis was 7.7% (42 people). Both misophonia diagnosis and misophonic symptoms are common in the general population. The clinical presentation of misophonia in men and women differs significantly. The clinical and demographic characteristics of the misophonia category, based on our proposed criteria, support the suggestion that misophonia should be classified as a distinct psychiatric disorder.

Keywords: Misophonia, Decreased Sound Tolerance, tinnitus, epidemiology, hyperacusis

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Tanım ve Tarihçe	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Klinik Bulgular	2
2.2. Başlangıç Yaşı	3
2.3. Risk ve Yatkınlık Faktörleri	4
2.4. Sınıflandırma, Tanı ve Ayırıcı Tanı	4
2.4.1. Sınıflandırma ve Tanı	4
2.4.2. Ayırıcı Tanı	7
2.5. Eşlik Eden Hastalık ve Sendromlar	10
2.5.1. Duyusal İşleme Bozuklukları (Sensory Processing Disorders)	11
2.5.2. Tourette Sendromu	12
2.5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Anksiyete Bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları	13
2.5.4. Yeme Bozuklukları	13
2.5.5. Kişilik Bozuklukları	14
2.5.6. Kulak Çınlaması ve Hiperakuzi	14
2.6. Etiyoloji	15
2.6.1. Mizofonide Nörobiyolojik model	15
2.6.1.1. Jastreboff'un modeli	16

2.6.1.2. Mizofoninin OKB ve Tourette Sendromu Benzerliği Üzerinden Limbik Sistem ve Bazal Ganglion İlişkisi: (Webber'in modeli)	21
2.6.2. Öğrenme Kuramı Açısından Yaklaşım	22
2.7. Mizofonide Tedaviler	23
2.7.1. Çınlama Yeniden Eğitim Terapisi (Tinnitus Retraining Therapy)	23
2.7.2. Bilişsel Davranışçı Terapi	25
2.7.3. Diğer Tedavi yaklaşımları	26
2.8. Klinik Gidiş ve Sonlanım:	27
2.9. Mizofoninin Epidemiyolojisi ve Konunun Önemi:	27
3. AMAÇ	28
4 GEREÇ ve YÖNTEM	29
4.1. Araştırmaya Dâhil Olacak Gönüllü Sayısı ve Bunların Niteliği:	29
4.2. Örneklem	30
4.3. Araştırmaya Dâhil Olma ve Araştırmaya Almama Ölçütleri	31
4.4. Görüşme Bataryası	31
4.4.1. Sosyodemografik Bilgiler Anketi	31
4.4.2. Mizofoni Görüşme Ölçeği (MGÖ)	32
4.4.2.1. Mizofoni Belirti Listesi (MBL)	32
4.4.2.2. Mizofoni ile İlişkili Klinik Özellikleri Tarayan Batarya	33
4.4.3. Psikopatoloji Değerlendirmeye Yönelik Anketler	33
4.4.3.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	33
4.4.3.2. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu Tarama Anketi (OKKB-TA)	34
4.4.3.3. Otizm Tarama Testi (OTT)	34
4.4.3.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	34
4.5. Analizlere Katılan Değişkenlerin Oluşturulması	35
4.6. Mizofoni Tanısı	35
4.7. İstatistiksel Analiz	36
4.8. Uygulama	37
5. BULGULAR	38
5.1. Sosyo-demografik Değişkenler ile İlgili Bulgular:	38
5.2. Mizofoni Belirti Listesi'ndeki Maddelerle İlişkili Bulgular	42

5.3. Mizofoni Tanısı Alan Grup ile İlişkili Bulgular	57
5.4. Yordayıcı Analizleri	63
6. TARTIŞMA	65
6.1. Örneklemin Özellikleri	65
6.2. Mizofonik belirtilerin türü, yaygınlığı ve diğer değişkenlerle ilişkisi.....	66
6.3. Mizofoni Tanı Kategorisi Geliştirilmesi.....	67
6.4. Mizofoni varlığı ile demografik değişkenlerin ilişkisi.....	70
6.5. Mizofoni Yordayıcıları	72
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	74
8. KAYNAKLAR.....	75
9. EKLER.....	79
EK 1: Görüşme Bataryası	79
EK 2: Hane Formu.....	89
EK 3: Bilgilendirme Formu	90
EK 4: Gidilen duraklara ait numara, adres ve ulaşım bilgileri	91

SİMGELER VE KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST	: Düşük Ses Toleransı
ICD	: International Classification of Diseases and Related Health Problems
MBL	: Mizofoni Belirti Listesi
MOKSL	: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
OKKB-TA	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu Tarama Anketi
OTT	: Otizm Tarama Testi
TS	: Tourette Sendromu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
Şekil 2.1. İşitme yolları	16
Şekil 2.2. Limbik sistemin ana yapıları	17
Şekil 2.3. Otonom sinir sisteminin yapıları	18
Şekil 2.4. Mizofoni için öne sürülen model.....	20
Şekil 2.5. a Tepkinin Sönümlenmesi, b. Algılamanın Sönümlenmesi	24
Şekil 2.6. Bilişsel davranışçı kurama göre hazırlanmış durum-düşünce- duygu tablosu	26
Şekil 4.1. Ankara Kent Merkezinde Mizofoni Çalışması için Gidilen Durakları Gösteren Harita	30
Şekil 4.2. Mizofoni tanısı koyma süreci.....	36
Şekil 5.1. Kadın ve Erkeklerde En Yaygın Rastlanan Beş Mizofonik Ses	47

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 5.1.	Cinsiyete göre yaş ortalamaları	38
Tablo 5.2.	Örnekleme ait sosyodemografik ve klinik özellikler	39
Tablo 5.3.	Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanım oranları	40
Tablo 5.4.	Sistemik hastalıklar ve bazı klinik belirtilerin oranları	41
Tablo 5.5.	Cinsiyete göre ruhsal bozuklukların bildirilme sayı ve oranları	42
Tablo 5.6.	Mizofoni Belirti Listesi maddelerinin işaretlenme sayısı, ortalama puan ve yüzde değerleri	44
Tablo 5.7.	En çok rahatsız eden ilk iki sesin örneklemdaki işaretlenme sayıları	45
Tablo 5.8.	MBL maddelerinin cinsiyete göre dağılımı	46
Tablo 5.9.	MBL maddelerinin yaş gruplarına göre dağılımı	48
Tablo 5.10.	MBL maddelerinin eğitim gruplarına göre dağılımı	50
Tablo 5.11.	Mizofoni ile ilişkili çeşitli özelliklerin kadın ve erkek arasındaki karşılaştırması	52
Tablo 5.12.	Mizofoninin hayatı etkilemesi açısından kadın erkek arası farklar	53
Tablo 5.13.	Sese maruz kalındığında orta veya çok şiddette belirtilen duygu ve otonomik belirti oranları	54
Tablo 5.14.	Sese maruz kalındığında kullanılan başa çıkma ve kaçınma davranışları açısından kadın ve erkek arası farklar	54
Tablo 5.15.	Çalışmada verilen ölçeklerden alınan puan ortalamaları	55
Tablo 5.16.	MBL toplam puanının farklı klinik ve demografik değişkenlerle ilişkisi	56
Tablo 5.17.	Mizofoni toplam puanının yaş, eğitim durumu, aylık gelir ve çalışmada verilen klinik ölçeklerle ilişkisi	57

Tablo 5.18. MTG ile tanı almayan grubun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması	58
Tablo 5.19. MTG ile tanı almayan grubun içgörü, algılayış ve tedavi başvurusu açısından karşılaştırması.....	59
Tablo 5.20. MTG ile tanı almayan grubun görüntülerden rahatsız olup olmama açısından karşılaştırması	60
Tablo 5.21. MTG ile tanı almayan grubun mizofoninin seyri ve özellikleri açısından karşılaştırması	61
Tablo 5.22. MTG ve tanı almayan grubun sese maruz kaldığında hissettiği duyguların şiddet özellikleri	62
Tablo 5.23. MBL Toplam Puanı ile demografik ve klinik değişkenlerin korelasyon değerleri	63
Tablo 5.24. MBL’de en az bir sesten rahatsız olan grubun Mizofoni Toplam Puanı’nı yordayan sosyodemografik ve klinik değişkenler	64

1. Olgu

“Doktor bey, Ankara’daki kütüphanelerin hepsini gezdim. En sonunda ders çalışmak için en iyisinin ... Üniversitesi’nin kütüphanesi olduğunu buldum. Orada da yine kurşun kalem ve fosforlu kalemle hışır hışır ders notu çizenler, kitap sayfalarını hızlı hızlı çevirenler var ama hem daha az kişi geliyor, hem de otomatlı sistem olmadığı için istediğin yere oturabiliyorsun. İkinci katta en sağ en öne oturduğumda kapının açılıp kapanma sesi de uzağımda kalıyor. Başka biriyle daha tartışma yaşamak istemiyorum.”(27 yaşında erkek, bekar, üniversite mezunu, bir bakanlıkta uzman olarak çalışıyor)

2. Olgu

“Hocam ben yirmi bir senedir hep aynı kurumda çalışıyorum. Bu kadar zamandır öğle vakti yemekhanede milletle yemek yediğim ya birdir ya iki.. Her seferinde ya ilk girerim, ya son girerim. Aşçılar beni bilir bana yemek ayırırlar. Tabldot tabağına çatal kaşık sürtününce çıkan sese dayanamıyorum. Evdekiler de dikkat ederler.” (44 yaşında erkek, evli, üç çocuklu, lise mezunu, memur)

3. Olgu

“Bu hastalık bende evlenmeden önce yoktu. Evlendikten iki sene sonra kayınvalidem ölünce kayınpederime bakmaya başladık. Aslında onu severim. Hiçbir şeye karışmıyor, kendi halinde bir adam... Ama yemek yerken çok sesli yiyor, damağını şaplatıyor. İlk başlarda sabrettim, sonra dayanılmaz oldu. Ona ayıp olacak diye bunu söylemiyorum, ama eşimle bir iki kez tartıştık. Şimdi çocuklar ağzını şapırdatsa patlıyorum.” (33 yaşında, kadın, evli, iki çocuklu, ev hanımı, lise mezunu)

1. GİRİŞ

1.1. Tanım ve Tarihçe

2000 yılı başından itibaren Pawel J. Jastreboff ve arkadaşları sese karşı hassasiyeti olan bazı insanlara ait gözlemlerini yayımladılar. Bu hastalar ağız şapırtısı ve sakız çiğneme gibi bazı belirli seslerden rahatsızlık duyuyorlardı. Bu konudaki çalışmalar sonucunda Jastreboff mizofoni isimli yeni bir klinik durum tanımladı (2001, 2003, 2015). Buna göre mizofoni, ya da kimi kaynaklarda 4S (Selective Sound Sensitivity Syndrome) olarak geçen durum, **çeşitli hafif seslerden belirgin olarak rahatsız olma ve bunun daha çok sinirlenme, daha az olarak da bunaltı ve iğrenme gibi olumsuz duygulara yol açmasıdır.** Ayrıca mizofonisi olan kişilerde taşikardi, taşipne, dispne, ağız kuruluğu, terleme, göğüste, kollarda ve başta baskı hissi ve kaslarda gerilme gibi bazı fiziksel belirti ve bulgular olduğu da bildirilmiştir (Jastreboff ve Hazell 2004). Mizofonisi olan insanlar genelde çocukluk çağlarından beri yüksek şiddette olmasa da bazı seslerden belirgin rahatsızlık duyar, bu sesi çıkaranlara karşı öfkeli ve sinirli tepkiler verir, tartışır; ya da ses nedeniyle birçok ortama giremezler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klinik Bulgular

Mizofoni belirli seslerden aşırı rahatsız olma ve bunun öfke, iğrenme, korku gibi duygulara yol açmasıyla giden bir durumdur. Jastreboff bu durumu “sesten hoşlanmama” ya da “sesten rahatsız olma” şeklinde açıklamıştır. 2001 yılında geliştirilen mizofoni terimi Latince’de nefret anlamına gelen “miso” ve ses anlamına gelen “phonia” kelimelerinden oluşmaktadır. Tetikleyici seslere örnek olarak yemek yeme ve şapırtı sesleri, yutma sesi, ağız ve buruna ait nefes sesleri, sakız çiğneme, çekirdek çitleme, basmalı kalem çıtçıtı, saat tiktakı ve kapı gıcırdaması gibi sesler verilebilir. Görüldüğü üzere mizofoniye yol açan sesler sıklıkla diğer insanların çıkardığı ağız ve buruna ait yeme/içme/soluma sesleri olmakla birlikte bazen de mekanik sesler olabilmektedir. Hastalar nadir görülen, daha önce literatürde bahsedilmemiş ses türleriyle de gelebilir. Örneğin kliniğimize özellikle şapırtı seslerinden rahatsız olma şikâyetiyle başvuran bir hastamız rahatsız olduğu diğer seslerin ayrıntılandırılması istendiğinde balonu tutarken çıkan gıcırta ve ağız silindikten sonra peçetenin buruşturulması sırasında çıkan seslerden de rahatsızdı. Bu nedenle eve asla balon sokmadığını, misafirlikte yemek boyunca tabakların yanına koyulan peçetelerin kullanılıp kullanılmadığını gözlediğini ifade etmişti. Bazen kişi istemese de (örneğin uzaktan veya bir camın arkasından) bacak sallayan, masa gibi bir yüzeye parmaklarıyla vuran, saçını buran/yolan kişileri görmek gibi bazı belirli hareketler/görüntüler de mizofonisi olan kişiye itici gelebilir (Schröder ve ark. 2013).

Mizofonide verilen tepkinin şiddeti sesin şiddeti ile ilişkili değildir. Mizofonisi olan kişi yüksek sesle müzik dinlenmesinden rahatsız olmayabilir. Mizofoni, hastaların günlük aktivitelerini, sosyal hayatını ve kişilerarası ilişkilerini ciddi derecede etkileyebilir. Kişiler tetikleyici sese maruz kalmamak için kimi ortamlara girmeyebilir, ortamı terk edebilir ya da sesi çıkaran kişi ile tartışabilir, kavga edebilirler. Sesin neden olduğu rahatsızlık aşırı boyutlara varabilir; literatürde çevresel seslerin birçoğundan rahatsız olduğu için çoğu zaman kulaklarına yağlanmış pamuk tıkayan ve kulak burun boğaz hastalıkları uzmanına kendisini cerrahi olarak sağır yapması amacıyla başvuran

bir hasta tanımlanmıştır (Veale 2006). Sese verilen tepki koşullara göre değişebilir; kişi aynı sesten kendi evinde rahatsız olurken, arkadaşının evinde rahatsız olmayabilir, ya da rahatsız olma derecesi kişiden kişiye değişebilir (Jastreboff ve Jastreboff 2014). Örneğin en başta bahsedilen üç hastadan biri (üçüncü olgu) kliniğimize özellikle kayınpederinin çıkardığı şapırtı seslerinden rahatsız olma şikâyetiyle başvurmuştu.

Semptomlar ve bunlara bağlı ciddi kaçınmalar hayatı olumsuz etkileyebilir veya kısıtlayabilir. Örneğin, yukarıda bahsedilen ikinci olgu tabağa vuran çatal kaşık sesinden ciddi düzeyde rahatsız olması nedeniyle arkadaşlarıyla yemekhanede ya da dışarıda yemek yiyemediğini, bundan dolayı üzgün olduğunu, ayrıca yemekhaneye herkesten önce girmek için öğle arasına erken çıkmasının her zaman mümkün olmadığını, geç girdiği zaman da aç kaldığını anlatmıştı. Ayrıca sese verilen tepki her zaman ya da tek başına öfke olmamaktadır. Bahsedilen olgulardan ilki çalışmak için kütüphanede bir yere oturduğunda fosforlu kalem, sayfa çevrilme seslerini duyduğunda çok öfkelenildiğini, karşıdaki kişiyi boğmak istediğini, birkaç kez ses çıkaran kişiyle tartışma yaşadığını, tartışma sonrasında başka yere geçerse sorunlu birisi zannedileceği korkusu yaşayıp utandığını, tekrar ses çıkacak beklentisiyle bunaltı yaşadığını ifade etmiştir. Bir başka hasta ses çıkaran kişi en sevdiklerinden biri de olsa o sırada ondan nefret ettiğini söylemiştir.

2.2. Başlangıç Yaşı

Sistemli çalışma az olmakla birlikte literatürde bildirilen çalışmalara alınan olguların yaş aralığı 18-65 arasında değişmektedir. Bu da mizofoninin hemen her yaşta görülebildiğini göstermektedir. Mizofonide prospektif çalışma olmadığından başlangıç yaşını güvenilir biçimde öğrenmek de güçtür. Başlangıç yaşı kişinin hayat koşulları ve rahatsız edici sese maruz kaldığı zamana göre değişebilir (Cavanna ve ark. 2014). Araştırmaların çoğunda mizofonik kişiler, belirtilerinin çocukluk ya da ergenlikten beri olduğunu ifade etmektedirler (Edelstein ve ark. 2013, Schröder ve ark. 2013, Cavanna ve ark 2015). Schröder ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) başlangıç yaş aralığı 2 ila 38 arasında bildirilmiştir. Bu grupta belirtileri 38 yaşında başlayan sadece bir kişi vardır; başlangıç yaş ortalaması 13'dür. Edelstein ve

arkadaşlarının çalışmasında ise (2013) başlangıç yaşı daha da düşüktür; katılımcıların %80'i belirtilerin ergenlik öncesi başladığını belirtmektedir.

2.3. Risk ve Yatkınlık Faktörleri

Mizofonik kişilerle yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim ve gelir düzeyi gibi değişkenlerin hastalık için bir risk oluşturduğuna dair bulgu saptanmamıştır. Bu konuda sonuç bildiren epidemiyolojik bir çalışmada (Wu ve ark 2014), her ne kadar katılımcıların büyük çoğunluğu kadın olsa da, mizofoni belirtileri açısından kadınlar ve erkekler arasında fark olmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada farklı ırk grupları (siyah, beyaz, hispanik veya Asya kökenli) arasında da belirti farkı bulunmamıştır.

Mizofoniye nöropsikiyatrik hastalıkların sıklıkla eşlik ettiğini bildiren çalışmalar vardır. Bu hastalıkların mizofoni riskini nasıl arttırdığı, ortak bir etyopatolojileri olup olmadığı konusu açık değildir. Mizofonide görülen ek hastalıklarla ilgili bilgiler daha sonra verilecektir.

2.4. Sınıflandırma, Tanı ve Ayırıcı Tanı

2.4.1. Sınıflandırma ve Tanı

Mizofoni ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) ve DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gibi uluslararası tanı ve hastalık sınıflandırma kategorilerinde yer almamaktadır. Odyoloji literatüründe ise mizofoni **Düşük Ses Toleransı** (DST: Decreased Sound Tolerance) olarak adlandırılan ve sestten rahatsızlık duyma ile ilişkili bir grup içinde tanımlanır. DST'yi hiperakuzi, mizofoni ve fonofobi oluşturur. DST grubu hastalıkların işitme eşiği ile bir ilgisi yoktur, hastaların işitmesi normal, hatta düşük olabilir, odyolojik işitme testleri çoğunlukla normaldir. Gruptaki rahatsızlıkların özellikleri, benzerlik ve farklılıkları aşağıda özetlenmiştir:

- a) **Hiperakuzi** (Hyper: üstünde, acousis: işitme): Sözlük tanımı kişinin normalden daha düşük yoğunluktaki sesleri duyabilmesi, diğer bir deyişle işitmenin ortalamadan daha iyi olmasıdır (Moller ve ark. 2000). Ancak

hiperakuzi teriminin klinik kullanımı sözlük tanımından farklıdır: çoğu insanın tahammül edebildiği seslerin aşırı şiddette algılanması ve bu seslere karşı tahammülün azalmış olmasıdır (Baguley ve Andersson 2007). Bir diğer tanımı işitme yollarında sese karşı anormal güçlü yanıt olmasıdır (Jastreboff ve Hazell 2004). Aynı ses normal bir dinleyicide hiperakuzisi olan kişinin verdiği tepkiye yol açmaz. Verilen tepkinin şiddeti sesin yoğunluğu ve frekansı gibi fiziksel özelliklerden etkilenir. Hiperakuzisi olan insanlar belli frekanstaki seslerden rahatsız olurlar ve sesin şiddeti arttıkça bu rahatsızlık artar. Rahatsız olma eşikleri diğer insanlardan daha düşüktür. Bu rahatsız olmanın hem fizyolojik hem psikolojik temeli vardır, yani hem işitme eşiği ile ilgili fizyolojik fark vardır, hem de kişi bu durumun şiddetinden bağımsız olarak ruhsal açıdan az ya da çok etkilenebilir (Jastreboff ve Hazell 2004).

- b) **Mizofoni:** Bazı özgül seslerden belirgin olarak rahatsız olma ve bunun öfke, iğrenme, korku gibi duygulara yol açmasıyla giden bir durumdur (Jastreboff ve Jastreboff 2001). Mizofoniye yol açan sesler sıklıkla diğer insanların çıkardığı ağız ve buruna ait yeme/içme/solunma sesleri olmakla birlikte bazen de mekanik sesler olabilmektedir. Hiperakuzinin aksine, mizofonide verilen tepkinin şiddeti sesin şiddeti ve frekansı gibi fiziksel özellikleriyle ilişkili değildir.
- c) **Fonofobi:** Sese maruz kalındığında korku tepkisi görülen nadir bir durumdur. Mizofoninin bir alt türü olarak da bilinir. Çeşitli seslere ya da tüm seslere yönelik olabilir. Kişinin ses hakkındaki geçmiş değerlendirmeleri ve hatırlamalarla ilişkilidir (örneğin sesin potansiyel bir tehdit ile ilişkili olması, ya da sesin kişinin kulaklarına zarar verebileceği inancı). Korkulan sesin duyulabileceği durumlara karşı kaçınma davranışı gelişebilir (Jastreboff ve Hazell 2004). Nörolojide fonofobi terimi migren nöbetlerine eşlik eden ses hassasiyetini tanımlamak için kullanılır ve migren nöbetlerinin yüzde ellisinden fazlasına eşlik ettiği bildirilmiştir (Woodhouse ve Drummond 1993).

Mizofoni ile ruhsal bozukluklar ilişkisini araştıran çalışmaların sayısı azdır. Literatürdeki çalışmaların çoğu olgu bildirimleri ve serilerinden ibarettir. Sayısı az da olsa son yıllarda sistematik çalışmalar ve gözden geçirmeler yayımlanmaya başlamıştır (Edelstein ve ark. 2013, Neal ve Cavanna 2013, Cavanna ve ark. 2014, 2015, Schröder ve ark. 2013, 2014, Wu ve ark. 2014). Schröder ve ark. (2013) internetteki hasta gruplarında ve hastanelerinin internet sitelerinde yaptıkları duyurular ile iki buçuk yıl içinde ulaştıkları 42 mizofoni hastası ile şimdiye kadarki en büyük örneklemlili mizofoni çalışmasını yayımlamışlardır. Hastalara klinik görüşme dışında anksiyete bozukluğu, depresyon, OKB ve kişilik bozukluklarını değerlendirmeye yönelik ölçekler (Hamilton Anksiyete ve depresyon değerlendirme ölçekleri, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon derecelendirme ölçeği, Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik görüşme-SCID-II) verilmiş, rastgele seçilen dört hastaya değerlendirme için işitme testi yapılmıştır. Araştırma sonucunda yazarlar altı maddeden oluşan, mizofoni belirtilerinin tipi ve ağırlığını değerlendiren bir özbildirim ölçeği olan Amsterdam Mizofoni Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin dışında yazarlar DSM tanı ölçütlerine benzer şekilde mizofoni için tanı ölçütü önerisi getirmişlerdir. Buna göre:

- a. *İnsan tarafından çıkarılan özgül seslerin (yeme, soluma sesleri gibi) neden olduğu, rahatsızlık ya da iğrenmeyle başlayıp aniden sinirlenmeye dönüşen dürtüsel ve itici bir fiziksel tepkinin varlığı ya da beklentisi.*
- b. *Bu sinirlenme kişinin özdenetiminin kaybına, nadiren fakat şiddetli agresif patlamalara yol açar*
- c. *Kişi bu öfke ya da iğrenmeyi aşırı, mantıksız, şartlara ya da kışkırtan stresöre göre orantısız bulur.*
- d. *Kişi mizofonik durumu engellemeye çalışır, eğer engelleyemezse karşılaştığı mizofonik sese yoğun bir rahatsızlık hissi, sinir ve iğrenmeyle birlikte katlanmaya çalışır.*
- e. *Kişinin sinir, iğrenme ya da kaçınması belirgin sıkıntıya yol açar veya kişinin gündelik yaşamına önemli etkisi olur. Örneğin işte önemli görevleri*

yapmasını engeller, yeni insanlarla tanışmasına, sınıfa katılmasına, diğerleri ile etkileşmesine engel olur.

f. Kişinin sinir, iğrenme ve kaçınması başka bir bozuklukla, örneğin OKB (kontaminasyon obsesyonları nedeniyle bir başkasından tiksinti duyma) ya da TSSB (travmayla ilişkili uyarandan kaçınmaya çalışma) ile daha iyi açıklanamaz.

Sonuç olarak Schröder ve ark. mizofoninin primer bir nozolojik antite olduğunu, obsesif kompulsif spektrumda yer alması gerektiğini savunmuşlardır. Öte yandan, Jastreboff ve Jastreboff (2014), mizofonik hastalarda ruhsal patolojinin nadir görüldüğünü öne sürerek Schröder'in önerisine karşı çıkmıştır.

2.4.2. Ayırıcı Tanı

Mizofoninin belirti örüntüleri birçok ruhsal ve nöropsikiyatrik hastalığın semptomlarıyla benzerlikler gösterse de, hiçbirinin tanı ölçütlerini tam olarak karşılamaz (Schröder ve ark. 2013):

- a) Özgül Fobi:** Özgül fobilerde de dışarıdan belirli bir ses uyararı, eğer fobik nesneyi hatırlatıyorsa olumsuz bir duygusal tepkiye yol açabilir (örneğin köpek fobisinde köpek havlaması). Mizofonide olduğu gibi bu duygusal tepkiler çoğunlukla kaçınma davranışına da neden olur. Öte yandan, mizofoniden farklı olarak özgül fobide rahatsız edici şey sesin kendisi değil, hatırlattığı durum veya nesnedir. Ayrıca hissedilen duygu fobilerde hemen her zaman korku/bunaltı iken, mizofonide korku tepkisi nadirdir, öfke-tiksinti ön plandadır.
- b) Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB):** Mizofoni ve özgül fobide olduğu gibi TSSBde de bir ses uyararı yoğun ve rahatsız edici fiziksel uyarılmaya ve kaçınma davranışına yol açabilir. TSSB ile ilişkili uyararı (ses), travmanın yeniden hatırlanmasına yol açarak, ani korku, panik ya da saldırganlık patlamalarına yol açabilir. Buna ek olarak TSSB'de öfke ve tahammülsüzlük sık görülen bir belirtidir. Mizofoniden ayrımı, öyküde yaşamı tehdit eden bir olay olması ve önde gelen duygunun korku

olmasıyla yapılabilir. Ayrıca, özgül fobide olduğu gibi, TSSB’de verilen tepki sesin kendisinden ziyade hatırlattığı olayla ilişkilidir.

- c) **Sosyal Fobi:** Her iki durumda da hastalar, sosyal durumlarda bunaltı ya da stres yaşayabilir ve sosyal ortamlara girmekten kaçınabilir. Sosyal fobide temel belirti diğer insanlar tarafından olumsuz değerlendirilmeye karşı hassasiyettir. Mizofonide ise sosyal durumlardan korkma o ortamda mizofonik uyarılarla karşılaşma endişelerine ikincildir.
- d) **Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB):** Mizofonide özgül bir ses ile aşırı uğraşın varlığı OKB’deki takıntılı düşünce ve davranışla benzerlik gösterir. Mizofonisi olan kişilerin bir kısmı şikâyetlerini “Bazı seslere karşı takıntım var.” diye anlatırlar. Üstelik OKB’de anksiyete belirtileri yanında öfke ve tahammülsüzlük de sık görülür. Ayrıca obsesyonları engellemek amacıyla geliştirilen kaçınmalar açısından iki bozukluk birbirine benzer. OKB’de mizofoniden farklı olarak bunaltıyı azaltan kompulsiyonların olması ve sıkıntının doğrudan sesle ilgili olmaması ayrımı sağlar.
- e) **Aralıklı Patlayıcı Bozukluk:** Ağır dürtüsel saldırganlık çeşitli bozukluklarda görülebilse de, en belirgin olarak aralıklı patlayıcı bozukluğun temel özelliklerinden biridir. Bu bozuklukta dizginlenemeyen, diğer insanlara ve eşyaya yönelik saldırganlığın görüldüğü öfke patlamaları mevcuttur. Mizofoni hastaları da dürtüsel saldırganlık gösterebilirler, fakat kontrollerini kaybetmeleri nadirdir; ayrıca bu öfke duyguları daima mizofonik seslerle ilişkilidir.
- f) **Dürtüsel, Öfke ile Giden Kişilik Bozuklukları:** Borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarında dürtüsellik ve öfke kontrolünde güçlük sık görülür. Ancak bu bozukluklarda görülen öfke özgül seslerle ilgili değildir. Ayrıca mizofoni hastalarında kişilik bozukluklarında görülen kendilik yapısında ve kişilerarası ilişki kapasitesinde bozulma, tekrarlayan özkıyım girişimi ya da tehditleri, kendine zarar verme, manipülatif davranışlar, empati yoksunluğu gibi diğer belirtiler görülmez ya da tanı koyduracak düzeye ulaşmaz.

g) Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB): OKKB'si olan kişilerde görülen aşırı titizlik, ayrıntıcılık, takıntılı davranış kalıpları gibi özellikler mizofonik kişilerde yaygın olarak bulunur. Schröder ve ark. (2013)'nin yaptığı, aşağıda daha ayrıntılı açıklanacak olan çalışmada mizofonisi olan 42 kişinin yarısından fazlasına (N=22, %52.4) OKKB ektanısı konmuştur. Fakat her OKKB'linin mizofonisi yoktur. Ayrıca öfkelenme, OKKB'nin temel bir belirtisi değildir. Bu yüksek ektanı oranı OKKB'nin mizofoni gelişiminde predispozan bir durum, ya da mizofoninin bir sonucu olup olmadığı sorularını akla getirmektedir.

h) Otizm Spektrum Bozuklukları ve Duyusal İşleme Bozukluğu (Sensory Processing Disorder):

I. Otizm Spektrum Bozuklukları: İşitsel aşırı duyarlılık (auditory hyper-responsivity) otizm spektrumunda sık görülür. Hatta farklı duyu alanlarda işlev kusurunun otizm için karakteristik olduğu düşünülmektedir (Rogers ve Ozonoff 2005).

II. Duyusal işleme bozuklukları Duyusal verilerin düzenlenmesi, bütünleştirilmesi, algılanan şiddetinin ayarlanması ve ayırt edilmesinde güçlük yaşanan ve duylara yetersiz ya da uygunsuz yanıt verilmesine, bazen yıkıcı duygusal ve davranışsal sorunlara yol açan bir grup hastalıktır (Ben-Sasson ve ark. 2009). Duyusal İşleme Bozukluğu kavramı hala yaygın olarak kabul edilmiş değildir, bu konuda ileride daha fazla ayrıntı verilecektir.

Her iki grup hastalıkta da duyu uyaranlara hassasiyet mevcuttur. Tipik işitsel hassasiyet genelde köpek havlaması ve elektrikli süpürge sesi gibi beklenmedik ve gürültülü olan seslere karşı gelişir (Dunn 1999). Bu patern mizofonide olan işitsel tetikleyiciden açıkça farklıdır.

i) Hiperakuzi: Hiperakuzisi olan kişiler doktora seslerden rahatsız olma şikâyeti ile gelebilirler. Mizofonide de hiperakuzide de işitme testleri normal olabilir. Ayırıcı tanı hiperakuzisi olanların belirli frekansın üstündeki seslerin tümünden rahatsız olmalarıyla ve sesin fiziksel özellikleri

değiştğinde rahatsızlık derecesinin de değişmesi ile yapılır. Ayrıca hiperakuzide işitme testinde LDL eşığı (Loudness Discomfort Levels- Rahatsız Edici Ses Eşığı) genel olarak daha düşük bulunur. Mizofonide ise belirli sesler sesin şiddetinden bağımsız olarak rahatsız edicidir ve rahatsızlık derecesi sesin çıktığı ortama, çıkaran kişiye göre değişiklikler gösterebilir (Jastreboff ve Jastreboff 2015).

2.5. Eşlik Eden Hastalık ve Sendromlar

Schröder ve ark. (2013)'nin mizofoni için tanı ölçütleri önerdiği çalışmada DSM tanı ölçütlerine göre, örneklemin %7.1'ine (3 kişi) duygudurum bozukluğu, %4.8'ine (2 kişi) Tourette Sendromu, %4.8'ine (2 kişi) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, %4.8'ine (2 kişi) Trikotillomani, %2.4'üne Deri Yolma, %2.4'üne Panik Bozukluğu ve %2.4'üne Hipokondriyazis tanısı konmuştur. Örneklemin %2.4'üne (1 kişi) Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konmuş olmasına rağmen örneklemin yarısına (%52.4, 22 kişi) ikinci eksendeki Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu tanısı konmuştur. İşitme testi yapılan dört hastanın birinde işitme kaybı görülmüş, diğer üçünün işitme testi normal bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak Schröder ve ark. mizofoninin primer bir nozolojik antite olduğunu, obsesyonellik, kompulsivite ve impulsiviteye ait özellikler taşıdığını savunmuş, hastalığın obsesif kompulsif spektrumda yer almasını önermiştir.

Bu tanımlama Jastreboff ve Jastreboff tarafından yapılan orijinal tanımda (2001) verilen vaka örneklerinden farklı bir tabloyu tarif etmektedir. Jastreboff'un çalışmalarında Schröder ve ark. (2013)'nin önerdiği tanı ölçütlerinin altısına da ait olmayan özellikleri bulunan hastalar tanımlanmıştır. Şöyle ki:

- Mizofonik ses bazen insan dışında hayvanlar ya da makineler tarafından çıkarılabilir,
- Öfke patlamaları az sayıda kişide görülür,
- Birçok kişi gayret ederek mizofonik reaksiyonun dışavurumunu engelleyebilir,
- Vakaların çoğunda kişi bu öfke ya da iğrenmeyi aşırı, mantıksız, şartlara ya da kışkırtan stresöre göre orantısız buluyor olsa da bazı kişiler mizofonik

sesleri çıkaran insanların kendilerine makul olmayan şekilde ve saygısızca davrandıklarını iddia ederler (yani içgörüsüz vakalar bulunabilir),

- Rahatsızlık ve tiksintinin derecesi çoğunlukla ağır değil, hafif/orta düzeydedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi, mizofoni üzerine yapılmış çalışmaların sayısı kısıtlıdır. Bu nedenle hastalığın nörobiyolojisi üzerine (davranışın nörobiyolojik korelatlarına ilişkin) bilgimiz az sayıdaki olgu sunumu ve bir-iki araştırmaya dayanmaktadır. Bildirilen olgu sunumları ve yapılan çalışmaların bir kısmında mizofonisi olan kişilerde çeşitli nöropsikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği görülmektedir. Literatürde ayrıca mizofoninin bazı psikiyatrik bozukluklara eşlik ettiği, ya da mizofoni belirtileriyle psikiyatrik belirtilerin birarada bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Öte yandan mizofoni hastalarının çok azında psikiyatrik bozukluk saptandığını, psikiyatrik ek tanılarının yüksek bulunmasının bu çalışmaların “mizofonisi de olan psikiyatrik bir örnekleme” yapılmış olmasına bağlayan araştırmacılar da vardır (Jastreboff ve Jastreboff 2014).

Bu bozukluklarla ilgili eldeki bilgiler aşağıda özetlenmiştir:

2.5.1. Duyusal İşleme Bozuklukları (Sensory Processing Disorders)

Duyusal Ayarlama Kusuru (Sensory Modulation Dysfunction) modeline göre kişiler gelen duyuşsal uyarıyı algılama eşiği ve verdikleri cevaba göre sınıflandırılabilirler (Dunn 1999). Nöronal algılama eşiği yüksek olduğunda davranışsal yanıt oluşturmak için normalden güçlü ya da daha yoğun uyarana gerekir. Bu duruma Duyusal Azalmış Yanıt (Sensory Under-Responsivity) denir. Öte yandan Duyusal Artmış Yanıt (Sensory Over-Responsivity) terimi sinir sisteminin uyarana yönelik nöronal eşiği düşük olduğunda kullanılır; böyle bir durumda nöronal ateşleme ve davranışsal yanıt oluşması için daha hafif uyarana yeterlidir. Duyusal işleme bozukluklarının %80'inde artmış yanıt tipi görülür. Duyusal ayarlama kusuru başta Otizm yelpazesi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Frajil X Sendromu ve duygudurum bozuklukları olmak üzere birçok nöropsikiyatrik hastalıkta görülür (Reynolds ve Lane 2008). Çocukluk çağı obsesif kompulsif bozukluğunda duyuşsal

artmış yanıt ve mizofoni belirtilerinin birlikte bulunduğuna dair çalışmalar ve vaka sunumları mevcuttur (Hazen ve ark. 2008, Webber ve ark. 2014, Lewin ve ark. 2015).

2.5.2. Tourette Sendromu

Atipik duyuşsal yanıtlar, ani gelişen vokal ve motor tiklerin görüldüğü nörogelişimsel bir bozukluk olan Tourette Sendromu'nda da mizofoni varlığı bildirilmiştir. Yukarıda bahsedilen ve mizofoni için tanı ölçütleri önerilen çalışmada (Schröder ve ark. 2013) mizofonisi olan hastaların %4.8'inde Tourette Sendromu bulunmuştur. Tourette Sendromu ve mizofoninin birlikte gözlemlendiği çocuk ve erişkin hastalarla ilgili olgu sunumları da mevcuttur (Neal ve Ark. 2013, Webber ve ark. 2014). Bu hastaların çoğunda özgül obsesif kompulsif belirtiler vardır. Uluslararası Obsesif-Kompulsif Bozukluk Akademisi'nin (International College of Obsessive-Compulsive Disorders) 2014'te yayımladığı bir raporda Obsesif Kompulsif Bozuklukla birlikte en sık görülen durumun tik bozukluğu (%12.5) olduğu, OKB ile tik bozukluğunun sık görülmesinden hareketle, OKB ile ilişkili hastalık grubu ile mizofoninin arasında bir geçişlilik olduğu öne sürülmüştür (Lochner ve ark. 2014, Cavanna ve ark. 2015). Ayrıca Tourette Sendromlu hastalar duyuşsal uyarınları diğler insanlardan daha çabuk fark ettiklerini, dikkatlerinin duyuşsal uyarınlarla çoğu zaman dağıldığını ve bu uyarınlardan rahatsız olduklarını bildirmektedirler (Leckman ve ark. 2013). Tourette Sendromlu 28 hastanın alındığı bir çalışmada hastaların %70'inde aralarında televizyon gürültüsü, parti gibi sesli ortamlar, elektrikli aletlerin çıkardıkları sesleri de içeren işitsel, taktil ve/veya görsel uyarınlara karşı duyarlılıkta artış saptanmıştır (Cohen ve Leckman 1992). Ölçekler ve klinik görüşmelerle değerlendirilen 19 erişkin Tourette Sendromlu hasta ve 19 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı bir çalışmada hastaların %70'inde koku, %65'inde taktil uyarın, %60'ında ışık, %55'inde ses ve %50'sinde tat duyuşuna duyarlılıkta artış bildirilmiştir. İlginç olan, bu hastaların bu uyarınları hafif şiddette, tekrarlayıcı, aralıklı ve dış kaynaklı oldukları zaman daha rahatsız edici; sürekli, yüksek yoğunluklu ve kendilerinin oluşturduğu uyarınlarda olduğu zaman da daha az rahatsız edici bulmalarıdır (Belluscio ve ark. 2011).

Rahatsızlık derecesinin şiddetle doğrusal ilişkisinin olmayışı, uyarının dışsal kaynaklı olduğunda rahatsızlık vermesi gibi özellikler mizofoninin fenomenolojisine benzerdir.

2.5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk, Anksiyete Bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları

Yukarıda aktarılan mizofoni araştırma ve olgu sunumları, duyuşsal yanıtta artış ve Tourette Sendromu ile ilişkili çalışmalar incelendiğinde çoğu zaman bu bozukluklara OKB ya da obsesif belirtilerin eşlik ettiği dikkati çekmektedir. Mizofoni ile ilgili ilk epidemiyolojik çalışma sayılabilecek, 483 psikoloji öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada mizofoni belirtileri ile obsesif, anksiyete ve depresyon belirti düzeylerinin pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (Wu ve ark. 2014). Mizofonisi olan üç olgunun sunulduğu bir seride hastalardan birine obsesif kompulsif bozukluk, birine yaygın anksiyete bozukluğu tanılarının eşlik ettiği bildirilmiştir (Ferreira ve ark. 2013). Bir başka olgu sunumunda altı yaşında mizofoni belirtileri olan bir çocuğa obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuştur (Webber ve ark. 2014). Yazarlar tartışmalarında mizofoninin davranış örüntüsünün OKB'dekine benzediğini, nöral devrelerinin OKB ve Tourette sendromu ile benzer yollara sahip olabileceğini savunmuşlardır. Bu teori ileride daha ayrıntılı anlatılacaktır.

2.5.4. Yeme Bozuklukları

2014 yılında yayımlanan bir olgu serisinde psikiyatriste yeme bozukluğu belirtileriyle başvuran ya da yönlendirilen 15 hastaya klinik görüşme ve Amsterdam Mizofoni Ölçeği (Schröder ve ark. 2013) ile mizofoni taraması yapılmış ve bu hastaların üçüne mizofoni tanısı konmuştur (Kluckow ve ark. 2014). Her biri anoreksiya nervoza tanılı, ikisinde bulimia dönemleri de olan bu üç hastanın ortak olan mizofoni belirtileri (çiğneme, şapırdama sesleri) dışında ayrı ayrı tiz kadın sesi, boğaz temizleme, burun çekme, köpek havlaması, tabağa sürten kaşık sesi gibi bazı belirli seslerden de rahatsız oldukları, sesi engellemeye çalışma, ses çıkarmanı uyarma ve kulak tıkacı takma gibi benzer başa çıkma davranışları sergiledikleri bildirilmiştir. Ayrıca mizofoninin bir hastada yeme bozukluğundan önce, bir hastada hemen hemen

birlikte ve bir hastada yıllar sonra olduğu, mizofoni ve yeme bozukluğu arasında zamansal bir ilişki kurulamadığı belirtilmiştir. Yeme bozukluğunun şiddeti, ya da remisyona girmesi ile mizofoni belirtilerinde değişme gözlenmemiştir. Bu hastalardan sadece birinin daha önce doktoruna seslerden rahatsız olduğunu söylediğini belirten Kluckow ve ark. bu nedenle yeme bozukluğu hastalarını değerlendirirken mizofoni belirtilerinin sorgulanmasını önermişlerdir. Bu önerilerin tek bir çalışmaya dayalı olduğu, iki hastalık arasında bir ilişki olduğu sonucuna varabilmek için başka çalışmalarla desteklenmesi gerektiği açıktır.

2.5.5. Kişilik Bozuklukları

Mizofoni konusunda yayımlanan ilk olgu sunumunda etrafta duyduğu seslerden rahatsız olduğu için cerrahi olarak sağır edilmesini isteyen bir hasta tanımlanmıştır (Veale 2006). Hastanın mizofoni belirtileri ayrıntılı olarak açıklanmamakla birlikte işe gitmek zorunda kalmamak için evden çalışabileceği bir iş bulmak, seslere maruz kalabileceği ortamlarda kulak tıkacı takmak gibi kaçınma ve başa çıkma davranışları olduğu anlatılmaktadır. Öyküsünde borderline kişilik bozukluğu ve ilk çocuğu doğduktan sonra konmuş olan bipolar duygudurum bozukluğu tanısı bulunan hastaya yapılandırılmış ölçekler (SCID-I ve II) verilmiş, borderline, şizoid, şizotipal, narsistik ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu tanıları konmuştur. Üç olgunun sunulduğu bir seride ise iki hastaya şizotipal kişilik bozukluğu tanısı konmuştur (Ferreira ve ark. 2013). Kişilik bozuklukları arasında mizofoni ile birlikte görülme yaygınlığı en fazla olan kişilik bozukluğu grubunun obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olduğu söylenebilir. Yukarıda ayrıntıları verilen, mizofonisi olan kişilerle yapılmış en büyük örneklemler çalışmada Schröder ve arkadaşları (2013) 42 kişinin 22'sinde (%52.4) obsesif kompulsif kişilik bozukluğu saptamıştır.

2.5.6. Kulak Çınlaması ve Hiperakuzi

Çınlama ve DST'nin gelişiminde ortak nörobiyolojik yolların olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle kulak çınlaması olanların yaklaşık olarak %60'ına belirgin Düşük Ses Toleransı (Hiperakuzi ve/veya mizofoni) eşlik ettiği bildirilmiştir.

DST'si olan 208 kişinin alındığı bir çalışmada ise hastaların %64'ünde sadece mizofoni %8'inde sadece hiperakuzi ve %28'inde mizofoni ve hiperakuzinin birlikte görüldüğü bildirilmiştir (Jastreboff ve Hazell 2004). Nörobiyolojik model aşağıda daha ayrıntılı açıklanmıştır.

2.6. Etiyoloji

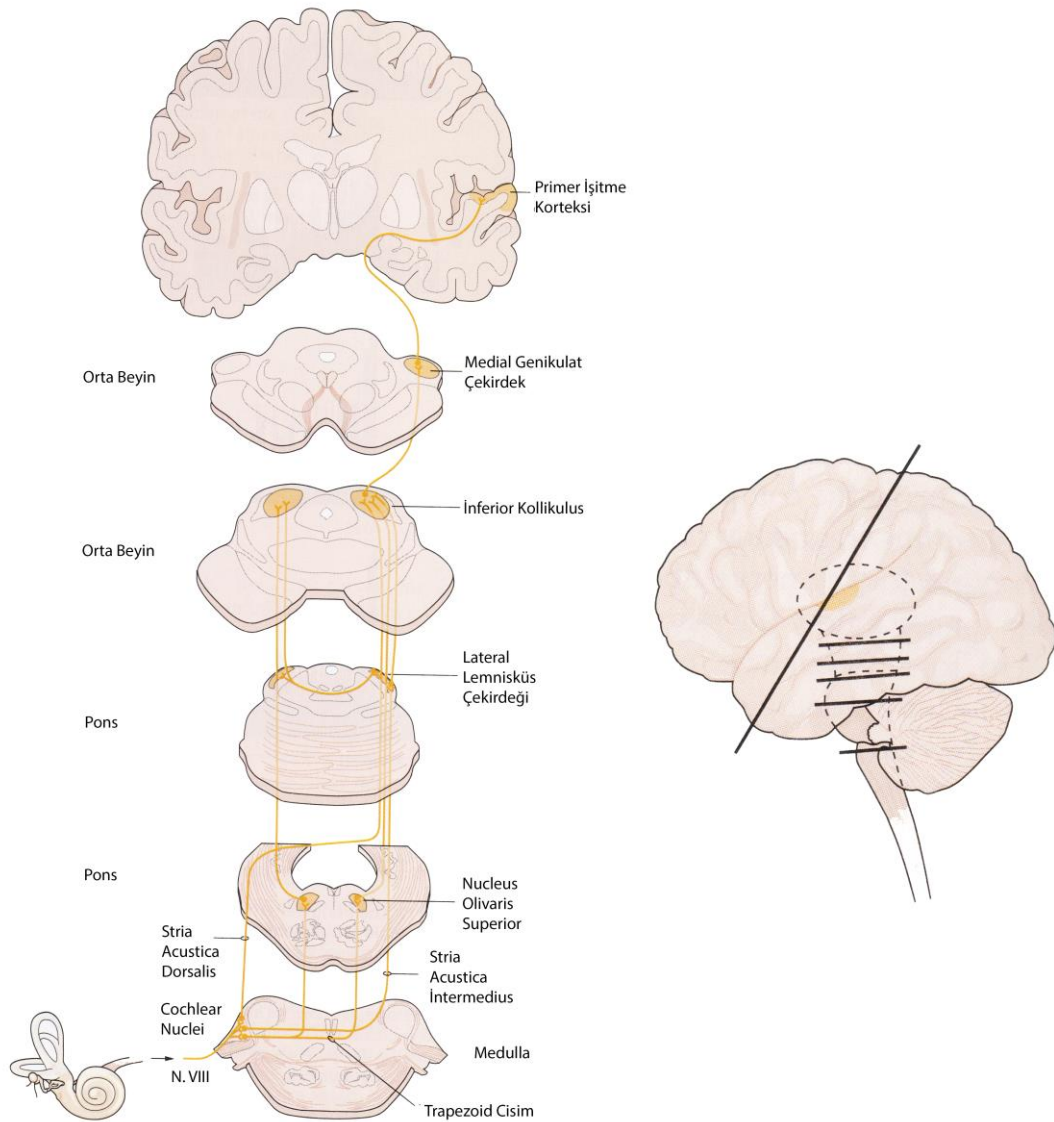
Mizofoninin etiyojisi ve patofizyolojisi hakkındaki bilgilerimiz netleşmiş değildir. Hastalar sıklıkla hastalıklarının çocukluk döneminde aile bireylerinin yeme seslerinden yoğun biçimde iğrenme ile başladığını anlatırlar. Tekrarlayan rahatsız edici olayın koşullanmaya yol açarak mizofonik belirtilere ve kaçınma davranışına neden olabileceği öne sürülebilir. Bu tür olaylar mizofoninin gelişimini tetikliyor olsa bile, her hasta bu şekilde bir geçmiş travma ya da duyarlılaşma öyküsü anlatmamaktadır. Bir sesin rahatsız edici olarak algılanmasında sese ait özellikler ve sesin kaynağının ne olduğu bilgisi etkilidir. Reuter ve Oehler (2011) kişilere modern müzik parçası olduğu söylenerek dinletildiği zaman karatahtaya sürten tırnak sesine karşı olan rahatsız olma tepkisinin azaldığını bulmuştur Benzer şekilde, sesin hangi çevre içinde ortaya çıktığı da mizofoni ile ilgilidir. Mizofonide sık görülen bir durum, kişinin çevresi tarafından çıkarılan vücut seslerinden ciddi derecede rahatsız olurken, aynı sesi kendilerinin çıkarması durumunda rahatsızlık duymamalarıdır (Bruxner 2015). Birden fazla aile bireyinde görüldüğüne dair gözlemler olsa bile mizofoninin genetik bir komponenti olduğuna dair kesin bilgi yoktur (Cavanna 2014).

2.6.1. Mizofonide Nörobiyolojik Model

Yukarda da belirtildiği gibi mizofoni etyolojisi konusunda kesin bilgilerimiz de, spekülasyon yapmak için yeterli bilgi birikimi de yoktur. Bu konuda en fazla çalışma yapmış araştırmacılardan Jastreboff'un önerdiği model dışında etyopatogenezle ilgili çok az öneri vardır. O nedenle bu model burada ayrıntılı biçimde ele alınacaktır.

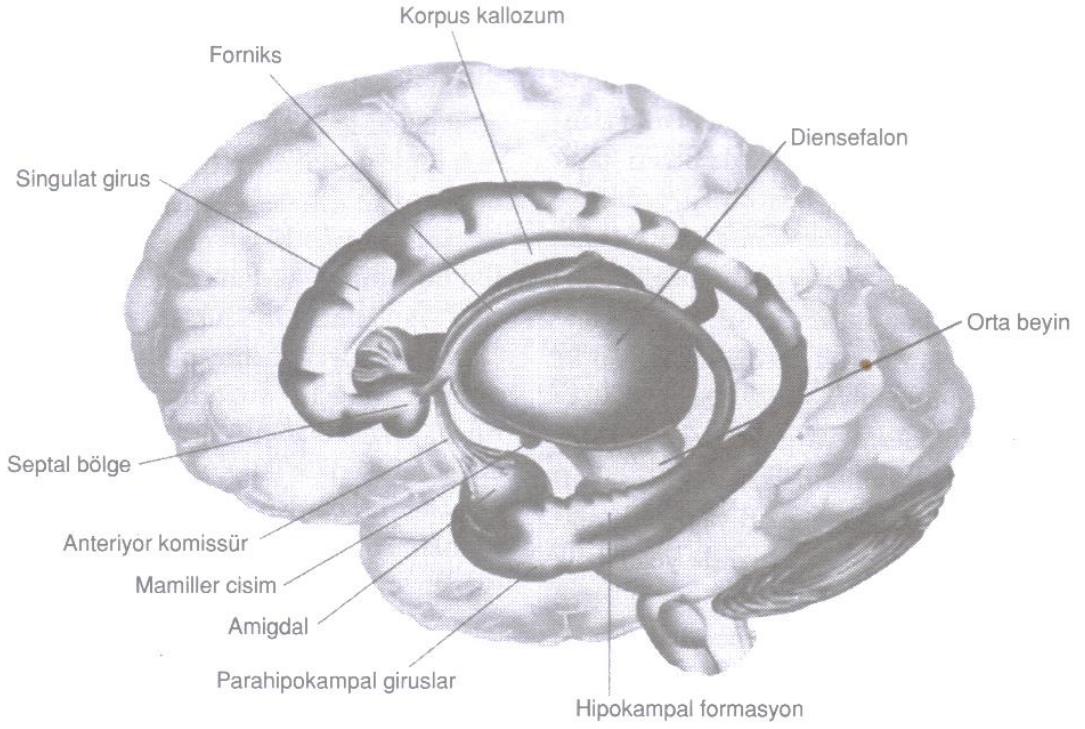
2.6.1.1. Jastreboff'un Modeli

Jastreboff ve Hazell'e göre (2004), kulak çınlaması ve DST grubu hastalıklar (mizofoni, hiprerakuzi, fonofobi), işitme yolları (Şekil 2.1), limbik sistem (Şekil 2.2), ve otonom sinir sistemi (Şekil 2.3) arası bağlantılarda patolojik bir artış sonucu sese hem duygusal hem de otonomik olarak aşırı tepki vermeye başlanması ile açıklanabilir. Mizofoninin gelişimi ve beyindeki çeşitli yollarla ilişkisi Jastreboff'un modeline göre aşağıda anlatılacaktır. Önce işitme yolları, limbik sistem ve otonom sinir sisteminin anatomisi ve işlevi hakkında kısa bilgiler verilecektir:



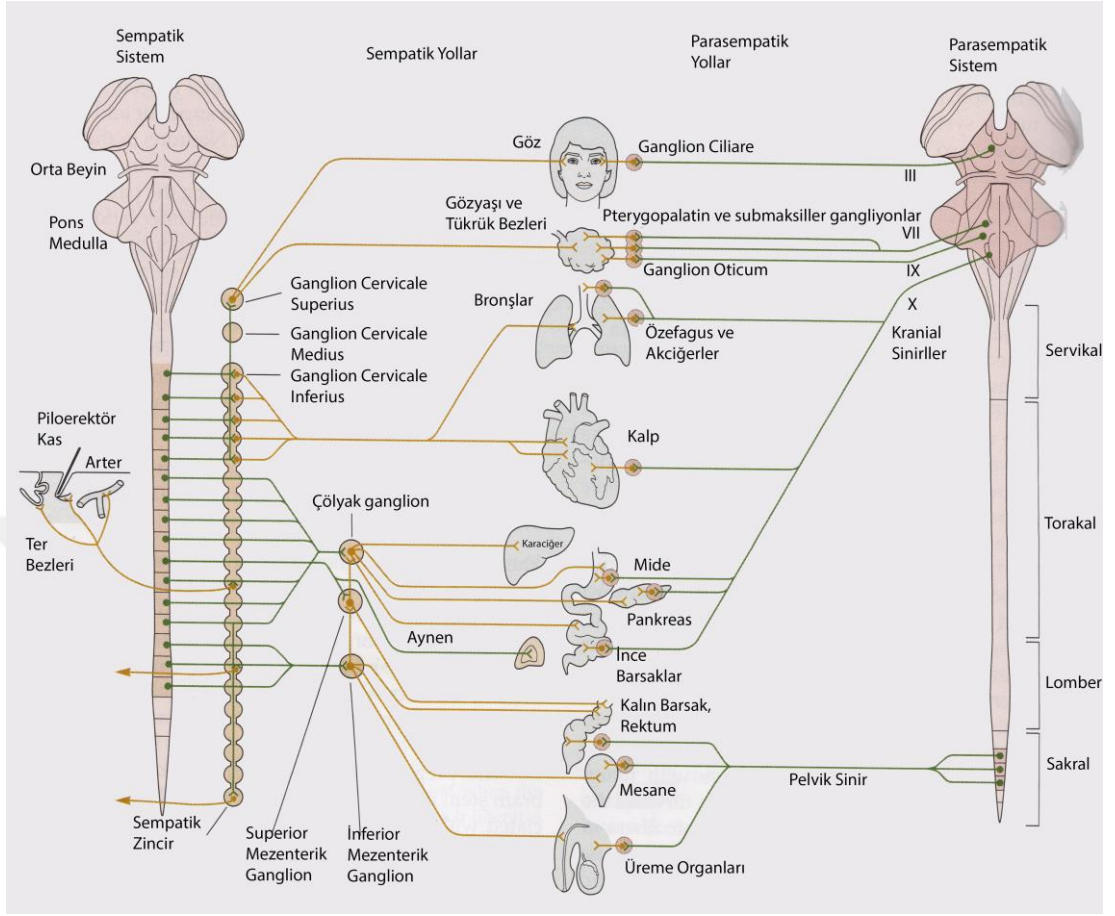
Şekil 2.1. İşitme yolları

(Principles of Neural Science-4. Baskı'dan alınmıştır)



Şekil 2.2. Limbik sistemin ana yapıları

Limbik sistem, serebral hemisferin medial duvarının sınırında (limbus) bulunan bir dizi heterojen yapıdır. Hepsı kortikal yapılar olan olfaktor korteks, hipokampüs, singulat girus, subkallosal girus ve hepsi subkortikal yapılar olan amigdala, septum, hipotalamus, epitalamus (habenula), anterior talamik nukleus ve bazal ganglionlar limbik sisteme dâhil olan yapılardır. Limbik sistem endokrin ve otonomik motor sistemlerinin üzerine oldukça etkilidir. Davranışın kontrolünde, duyguların yaşanması ve ifadesinde, nöbet aktivitesinde, bellek kaydedilmesi ve çağırılmasında, motivasyonel ve duygudurumun belirlenmesinde etkilidir (Kaplan & Sadock Psikiyatri 11. Baskı'dan alınmıştır).

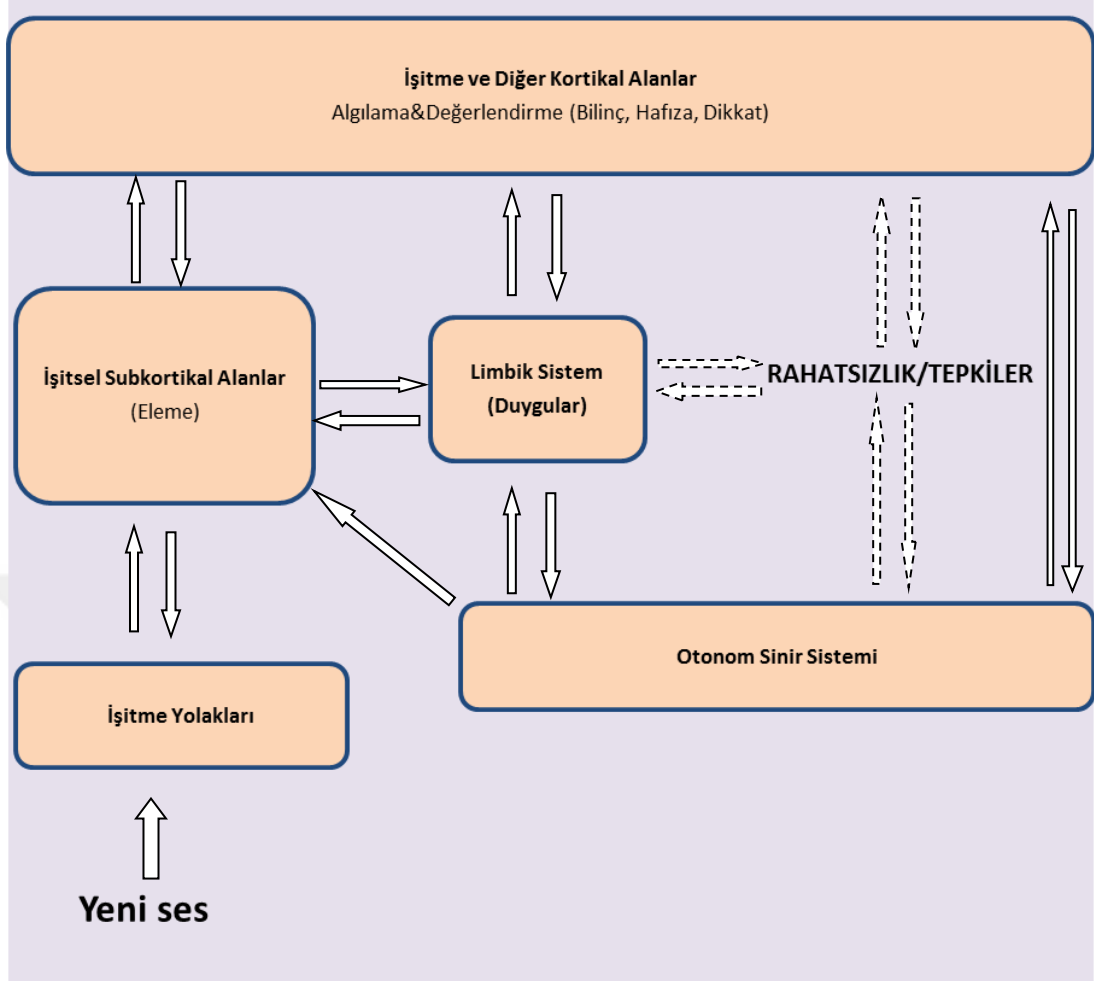


Şekil 2.3. Otonom sinir sisteminin yapıları

Periferik sinir sisteminin iki ana parçasından biri olan otonom sinir sistemi, düz kaslar, kalp kasları ve gland hücrelerine innervasyon sağlar. Endokrin bezleri, solunum, dolaşım, sindirim ve ürogenital sistemin işlevlerini, bu sistemlere ve deriye ait istemsiz kasları kontrol eder. Otonom sinir sistemi, fizyolojik ve anatomik olarak ayrı, karşılıklı ve antagonist olarak çalışan iki bölümden oluşur: Sempatik (torakolomber) ve parasempatik (kraniyosakral) sistemler. Sempatik sistem kalbi uyarır, bronşları genişletir, arterleri daraltır, sindirim sistemini inhibe eder ve organizmayı fiziksel harekete hazırlar (bu durumun uç noktasına "savaş ya da kaç" tepkisi denir). Parasempatik sistem bu işlevlerin tam tersini yapar, organizmayı beslenme, sindirim ve dinlenmeye hazırlar. Bu sistemler birbiriyle ters ilişki içindedir, birinin etkisi arttığında diğerinin etkisi azalır. Sempatik sistem belirgin olarak baskın olduğunda, organizma tehlikeye karşı uyarılmış olduğu için içsel doyum ve hazzı hissetmek zorlaşır. Her iki sistemde de beyin sapı ya da omurilik içinde seyreden miyelinli preganglionik lifler ve otonom ganglionlarda sinaps yaptıktan sonra kalp kası veya ilgili organa ait bez ya da düz kasa giden miyelinsiz postganglionik lifler bulunmaktadır. Her iki sistemde de birinci nöronun ikinci nörona geçişte, ganglionlardaki impuls iletimi asetilkolin ile olurken, postganglionik nöronun visseral dokuya ileti sempatik sistem için Nöradrenalin, parasempatik sistem için yine asetilkolin ile gerçekleşmektedir. (Principles of Neural Science-4. Baskı'dan alınmıştır)

Algılanan her ses işitme yolları dışında bazı merkezleri aktive eder. Dışarıdan daha önce tanımadığımız yeni bir sese maruz kaldığımızda, yani bir sesi ilk defa duyduğumuzda bu ses belleğe kaydedilir. Geçmişteki seslerle olan benzerlik ve farklılıklarına bağlı olarak duyulan sese bir önem atfedilir, limbik sistem ve otonom sinir sistemi ile etkileşimi sonucunda farklı duygular, anılar ve tepkiler oluşturulur (Şekil 2.4). Örneğin doğada bir fare için bir yılanın sürünerek ilerleme sesi başka birçok sestenden daha önemlidir. Bu ses hayvanda korku duygusunu ve sempatik sinir sistemini uyarır. Böylece “savaş ya da kaç” tepkisi ortaya çıkar. Kişi önem atfedilmiş (tehlikeli, arzulanan, iğrenilen vb.) bir sesi duyduğunda ses hem kortikal yapılar aracılığıyla değerlendirilir, hem limbik sistem aracılığıyla o sesle ilişkili duygular hissedilir, hem de otonom sinir sistemini aktive ederse otonomik bulgular (taşikardi, taşipne, ağız kuruluğu gibi) görülebilir.

Sesler üç genel kategori içinde sınıflandırılabilir: Nötral (önemsiz), olumlu anlamları olan (hoşa giden) ve olumsuz bir anlam ya da ilişkilendirme içinde olan. Böylece, her yeni ses limbik ve otonom sinir sistemlerinin içinde olduğu bu düzenek ile etkileşir ve çeşitli alanları aktive eder (Şekil 2.4).



Şekil 2.4. Mizofoni için öne sürülen model

Yeni bir ses işitme sistemine girdiği zaman kortekse ulaştırılır. Tanıdık ve önemsiz bir ses ise subkortikal yapılar tarafından baskılanır. Kişi için önemli olan (tehlikeli/korkutucu/mutluluk verici/anılarla ilişkili) sesler ise işitme sistemi, limbik sistem ve otonom sinir sistemi arasındaki bağlantıları uyarır. Mizofonide bütün bu sistemlerde bir sorun olmamakla birlikte birbirleri ile olan artmış bağlantılar ve artmış yanıt olduğu öne sürülmektedir (Jastreboff ve Hazell 2004).

Odasında ders çalışan birisi penceresinin kenarından gürültüyle geçen bir araç sesini duyduğunda bunu olduğu gibi algılar, sesin yarattığı nöronal aktivite kortikal yapılara ulaşır ve kişinin beyni bunu geçmişteki seslerle karşılaştırır. Eğer önemli/tehlikeli bulunan bir ses ile eşleşme olmazsa daha sonra aynı ya da benzer araç sesleri tekrarladıkça subkortikal yapılar tarafından baskılanır ve en sonunda ses tamamen duyulmaz olur. Sonuç olarak ileti yukarıdaki şekilde subkortikal yapılardan başka merkezlere iletilmez. Bu sürece algılamanın sönmesi (habituation of perception) denir. Tanıdık hale gelen fakat subkortikal yapılar tarafından önemli olarak addedilmeyen sesler limbik, otonom ve işitme korteksi tarafından işlenmezler.

Bu nedenle bu sesler hakkında korku, öfke gibi duygular hissedilmez, terleme taşikardi gibi otonom cevaplar verilmez (Şekil 2.4'teki kesikli oklara bakınız). Bu aktivite plastiktir, yani deneyimle artabilir ya da azalabilir. Örnek olarak, trafik kazası geçirmiş ve travmatize olmuş birisi için eskiden tehlikeli algılanmayan araç, korna ve fren gibi trafik sesleri akut dönemde uzun süre baskılanmadan şiddetli şekilde algılanacak, zaman geçtikçe ve kişi araç seslerine maruz kalmaya devam ettikçe, ilaçla ya da terapiyle tedavi olduğunda bu sesin algılanma ve bu sese verilen tepkilerin şiddeti azalacaktır. Bu nedenle insanların zaman içinde mizofoniden kurtulması, ya da hastalıklarının şiddetlenmesi mümkündür.

Mizofonisi olan kişide limbik ve otonomik sinir sistemleri muhtemelen normal çalışmaktadır. Sorun, tehlikeli ya da önemli olarak değerlendirilen, aslında zararsız olan mizofonik ses uyarınının, olumsuz ya da hoş gitmeyen bir durumla ilişkilendirilmesi sonucu, bu sistemleri şiddetli ve uygunsuz şekilde uarması ile ortaya çıkar. Bir uyarın olumsuz birşey ile ilişkilendirildiğinde, ya da bir uyarından rahatsız olduğumuzda, bu ilişkilene kolayca geri çevirilemez, çünkü koşullu refleksin bir parçası haline gelir.

Mizofoni hastalarının ağız sesleri, nefes sesleri, sakız çiğneme sesi gibi normal kişiler için önemsiz olan seslere önem atfettiği ve bu yolu giderek güçlendirdiği düşünülmektedir. Anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve fobilerde olan kaçınma davranışı mizofonide de kullanılır ve kişiler zaman içinde kurtulmaya çalıştıkları sesi daha iyi farkeder hale gelirler.

2.6.1.2. Mizofoninin OKB ve Tourette Sendromu Benzerliği Üzerinden Limbik Sistem ve Bazal Ganglion İlişkisi (Webber'in modeli)

Webber ve arkadaşları (2014) on yaşında, OKB ve Tourette Sendromu (TS) ve mizofoni belirtileri bulunan bir olgu sunumu yayımlamıştır. Bazı şarkılardan ve tiz seslerden rahatsız olan olgunun tartışmasında OKB ve mizofonide rahatsız eden ve davranışı etkileyen tetikleyici uyarın olması, kaçınma davranışı gibi bazı ortak noktalarının bulunduğu, ayrıca mizofoni belirtisinin anlatılış şeklinin obsesyonlara benzediği (girici ve rahatsızlık verici, istenmeyen bir düşünce ile aşırı uğraşı)

vurgulanmıştır. Mizofoninin oldukça rahatsızlık veren bir iğrenme (aversion) OKB'nin ise bunaltı ve korku içermesiyle birbirinden ayrıldığı, yine de OKB'nin iğrenme ile ortak nöral yolları bulunduğu, bu nedenle mizofoninin OKB ve TS ile ortak nörobiyolojik yapıyı paylaşıyor olabileceği tartışılmıştır. Önerilen modele göre Mizofoni, OKB ve TS'de limbik sistem ve bazal ganglionlar arası bir işlev bozukluğu vardır. Bu sistemlerdeki bozukluğun birincil işitme korteksi ile olan ilişkisi TS ve mizofonideki sesle ilişkili rahatsızlığa yol açıyor olabilir. Limbik ve bazal ganglion sistemlerindeki temel nörotransmitterlerin serotonin ve dopamin olmasından hareketle, bu nörotransmitter yollarındaki bozukluğun birincil işitme korteksine olan etkisi nedeniyle mizofoni belirtilerinin gelişiyor olabileceği varsayımında bulunmuşlardır. Dopaminerjik ve serotonerjik dengesizliğin mizofoni, OKB ve TS'daki artmış aversif tepkiler (örn: tetikleyiciyle karşılaşıldığında rahatsız olma) ve kompulsiviteye (örn: kaçınma) yol açıyor olabileceğini savunan yazarlar, bu çakışan fenomenoloji ve olası nörobiyoloji nedeniyle tedavilerin de ortak olabileceğini (BDT, maruz bırakma ve tepki önleme, SSRI, ve antipsikotikler) belirtmiştir.

2.6.2. Öğrenme Kuramı Açısından Yaklaşım

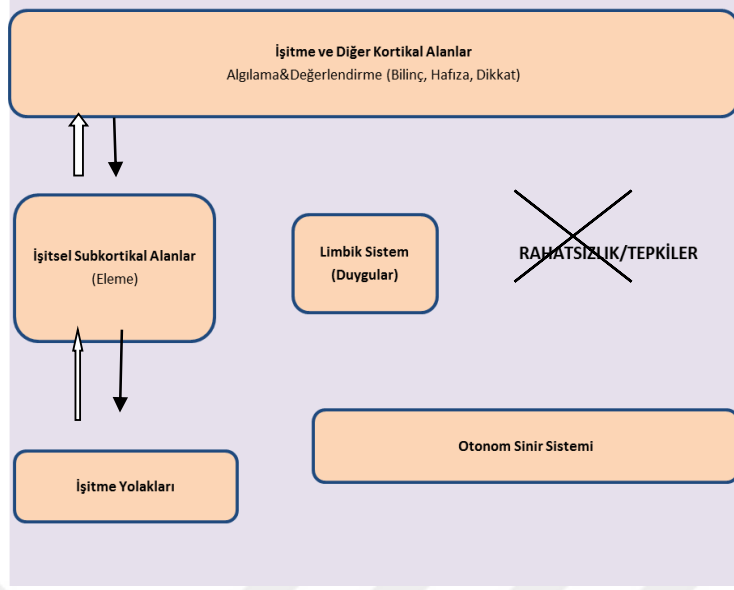
Anksiyete bozukluklarında belirtilerin sürmesine/düzelmemesine neden olan kaçınma davranışlarının mizofonide de benzer bir işlev gördüğü, mizofoninin bu açıdan da anksiyete bozukluklarına benzer olduğu anlaşılmaktadır. Anksiyete bozukluklarının etyolojisini açıklamada önemli bir başlık olan öğrenme teorisini temel alan davranışçı tedaviler, mizofoni tedavisinde de önemli yer tutmaktadır (Bernstein ve ark 2013, JMcGuire ve ark. 2015). Ayrıca Jastreboff'un Çınlama Yeniden Eğitim Tedavisinin hastaya mizofoninin nasıl oluştuğunun açıklandığı danışmanlık kısmı bilişsel terapiye, kişinin kendini sessiz ortamlarda tutmasının ve kaçınmaların engellenmesi, ses jeneratörleriyle giderek artan şiddette tetikleyici ses dinleterek mizofonik sese karşı desensitizasyon gelişmesinin sağlanması da davranışçı terapiye uymaktadır. Bu nedenle aşağıda mizofoni tedavileri gözden geçirilecek, davranışçı tedavilerin etkisinden söz ederken hastalığın etiyolojisinde öğrenme teorilerinin rolü konusu da anlatılacaktır.

2.7. Mizofonide Tedaviler

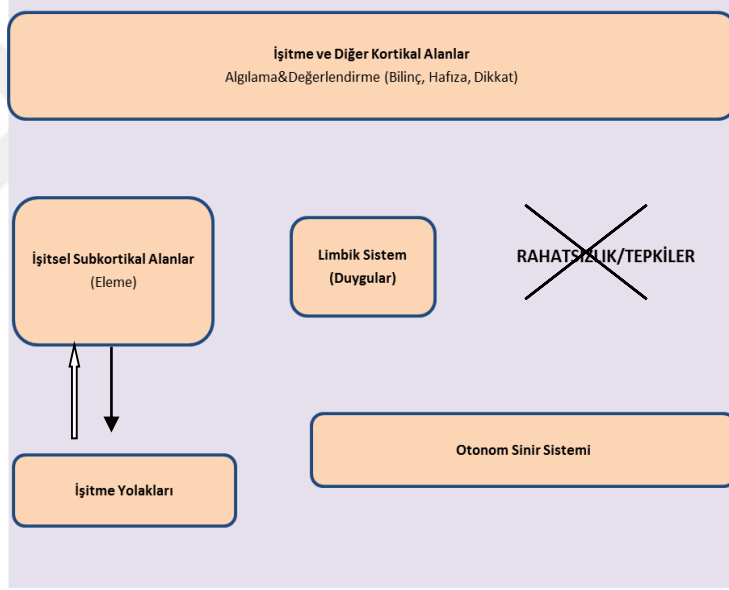
Mizofoninin henüz tutarlı etiyolojik ve teorik altyapısının bulunmaması, mizofoninin klinisyenlerce iyi bilinmemesi, -özellikle obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, Tourette sendromu, yeme bozuklukları gibi- mizofoninin eşlik edebileceği hastalarda sorgulanmaması, hastaların hangi doktora başvuracaklarını bilmemeleri gibi nedenlerle mizofoniye yönelik uygulanan tedavi yaklaşımlarının etkinliğini inceleyen çalışma sayısı çok azdır. Mizofonisi olan kişilerin başa çıkma mekanizmaları incelendiğinde genelde sesin çıkabileceği ortamlara girmeme ya da ortamı terk etme gibi kaçınma davranışları ya da tetikleyici sesi çıkaran kişiyle tartışma gibi sosyal işlevselliği bozan davranışların öne çıktığı görülmüştür (Cavanna ve ark. 2015). Bu başa çıkma davranışlarına karşı ilk önerilen yöntemler arasında rahatsız eden sesi duymamak için ses çıkarma, kulak tıkacı kullanma, kulaklık ile müzik dinleme, kendi seslerine yoğunlaşma, dikkatini dağıtmaya çalışma ve başka içsel diyaloglar vardır (Edelstein ve ark. 2013).

2.7.1. Çınlama Yeniden Eğitim Terapisi (Tinnitus Retraining Therapy)

Jastreboff 2014 yılında özelleşmiş bir klinikte hastaların 167'sinde sadece mizofoni, 17'sinde de mizofoni ve hiperakuzi birlikteliği olan 184 kişilik bir DST hasta grubu örnekleminde %83'lük (152 kişi) bir tedavi başarısı sağladığını bildirmiştir (Jastreboff ve Jastreboff 2014). Bu tedavi yaklaşımı çınlamada kullanılan Çınlama Yeniden Eğitim Tedavisi'nin genel prensiplerini takip eden, hastanın geçmiş hikâyesi, maruz kalma süresi, çevresel sesler üzerindeki kontrolü gibi faktörlere göre belirlenen dört farklı kategoriden birinin seçildiği bir protokoldür. Hastanın mizofoni ile ilgili öyküsü alındıktan sonra mizofoninin mekanizması ve hastadaki gelişimi ayrıntılı olarak açıklanır (counseling). Daha sonra hastanın tetikleyici sese verdiği davranışsal tepkileri durdurması istenir. Bu şekilde tepkinin ve algılamanın sönümlenmesi sağlanmaya çalışılır (Şekil 2.5a ve b). Bu sırada eşzamanlı olarak ses terapisi uygulanır.



a



b

Şekil 2.5. a Tepkinin Sönümlenmesi, b. Algılamanın Sönümlenmesi

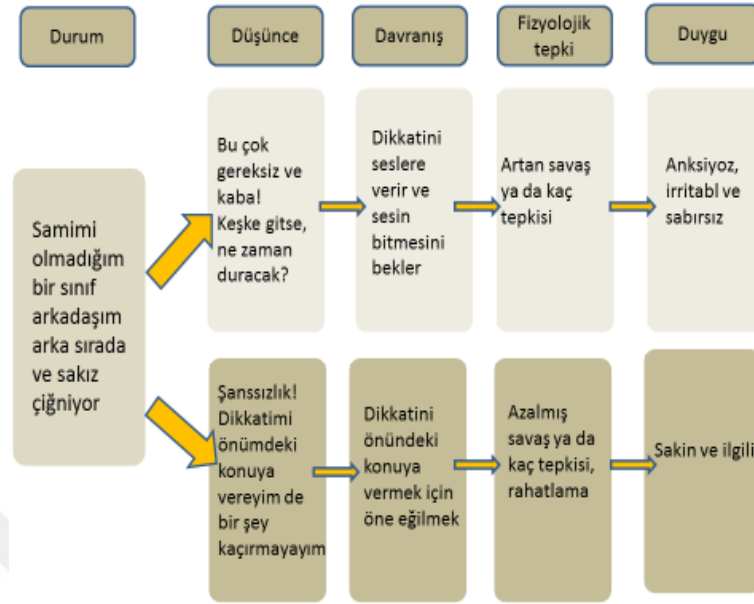
Şekil 2.5-a: Tedavide hastaya mizofoninin mekanizmasını (yani hastanın aslında önemli/tehlikeli olmayan bir uyararı önemli varsaydığı) açıkladıktan sonraki ilk aşama kişinin tetikleyici sese verdiği tepkilerin engellenmesidir. Kişi tartışma, sesten uzaklaşma, ortamlara girmeme gibi davranışları durdurduktan bir süre sonra tepkinin sönümlenmesi (habituation of reaction) gerçekleşir. Böylece mizofonik sesi hala diğerlerine göre daha iyi fark etse de sesin verdiği rahatsızlık azalır.

Şekil 2.5-b: Tepkinin sönümlenmesi ve kişinin duyduğu rahatsızlığın azalmasından bir süre sonra ise algılamanın sönümlenmesi (habituation of perception) gerçekleşir. Yani kişi insanlar içinde yenen yemek sırasındaki ağız şapırdaması, çiğneme gibi rahatsız edici bulduğu sesleri, eğer herkesin fark edeceği kadar şiddetli değilse, bu açıdan normal insanlarda olduğu gibi çoğu zaman fark etmemeye başlar.

Ses terapisinde hastanın sevdiği bir işitsel uyarın (ses, şarkı, beğendiği filmde bir sahne vb.) belirlenen sıklıkta dinletilerek olumlu bir koşullanmış refleks oluşturulur, daha sonra işitsel uyarının ses şiddeti artırılarak ve farklı ortamlarda dinletilerek koşullu uyarının genelleştirilmesi sağlanır. Sonrasında rahatsızlık veren ses ile birleştirilerek olumlu koşullu uyarın ve olumsuz koşullu uyarının ikisinin de modifiye edildiği bir kompleks koşullu uyarın oluşturulur (Jastreboff ve Jastreboff 2006, 2014).

2.7.2. Bilişsel Davranışçı Terapi

Farklı ekolden gelen, ve mizofoninin obsesif kompulsif bozuklukla fenomenolojik benzerliğini, ayrıca bunaltı ve stresin merkezi rolünü göz önüne alan klinisyenler ise tedavi yöntemi olarak bilişsel davranışçı terapiyi önermişlerdir (Webber ve Storch 2015). Bu modele göre tetikleyici işitsel uyarana karşı gelişen olumsuz otomatik düşünceler rahatsızlık duyma, öfke ve bunaltı gibi duygusal tepkilere yol açar, bu tepki sempatik sinir sistemini (dolayısıyla savaş ya da kaç yanıtını) tetikler ve kaçınma/tartışma gibi olumsuz pekiştireç görevi gören davranışsal yanıtlarla güçlenir. Bernstein ve ark. bu modele göre tedavi ettikleri 19 yaşındaki bir genç kızın altı seanslık yapılandırılmış görüşmelerini yayınlamışlardır. Bu seanslar 1-BDT modelinin tanıtıldığı ve zorluğuna göre seslerin sıralandığı değerlendirme görüşmesi, 2- sorun tanımlama, 3- fizyolojiyi (sempatik sinir sistemi) test etme, 4- alternatif yollar geliştirme, 5- kazanımları pekiştirme ve 6- sonlandırma olarak açıklanmıştır. Aşağıda ilk seansta verilen ev ödevinin daha sonraki seansta “durumun ayrıntıları, otomatik düşünceler, hastanın davranışsal yanıtı, fizyolojik yanıtı, duyguları yönünden analiz edildiği tablo sunulmuştur (Şekil 2.6, Bernstein ve ark. 2013).



Şekil 2.6. Bilişsel davranışçı kurama göre hazırlanmış durum-düşünce-duygu tablosu Bernstein ve arkadaşlarının çalışmasından (2013) alınmıştır.

2.7.3. Diğer Tedavi Yaklaşımları

Mizofoni tedavisi için gelecekte denenebilecek terapi yöntemleri arasında, kararlılık ve kabul terapisi, diyalektik davranışçı terapi gibi farkındalık ve kabul temelli yaklaşımların olabileceği de vurgulanmıştır (Cavanna ve ark. 2015). Ayrıca mizofoninin nörogelişimsel bozukluklar ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görüldüğü kişilerde serotonerjik, antidopaminerjik yolları etkileyen ilaçların yararlı olacağı düşünülebilir. Ancak bu konuda yapılmış çalışma henüz yoktur.

Aktarılan tedavi yöntemleri arasında bazı uyuşmazlıklar da bulunmaktadır. Örneğin Jastreboff'a göre mizofonik kişinin dikkatini dağıtmaya ve başka yöne vermeye çalışma faydasızdır, kulak tıkacı kullanma ise kişiyi sessizliğe maruz bırakıp önemli ve tehlikeli addettiği seslere olan dikkatini artırarak mizofoniyi şiddetlendirebileceği için engellenmelidir. Mizofoninin fenomenolojisi, etiolojisi, mekanizmasını netleştirme konusunda yapılacak olan çalışmalar tedavi protokollerinin de belirginleşmesini sağlayacaktır.

2.8. Klinik Gidiş ve Sonlanım

Literatürdeki çalışmalara alınan hastaların yaşları 18-65 aralığında değişmektedir. Aynı çalışmalar belirtilerin başlangıç yaşını çocukluk ve erken ergenlik dönemi (ortalama 13 yaş) olarak bildirmiştir. Bu veriler ve kliniğe başvuran hastaların öyküleri göz önüne alınarak birçok hastada belirtilerin uzun süre devam ettiği söylenebilir. Fakat literatürdeki çalışmalarda mizofoninin doğal seyri, değişkenliği ve sonlanımı hakkında veri yoktur.

2.9. Mizofoninin Epidemiyolojisi ve Konunun Önemi

Son zamanlarda psikiyatride bu konuya ilgi artmış olmakla birlikte literatürde genelde odyolog ve psikiyatrlarca yayımlanan vaka sunumları ve birkaç adet klinik çalışma vardır. Mizofonisi olan kişiler bunun bir rahatsızlık olabileceğini bilmediğinden mizofoninin hastaneye başvurulandan çok daha yaygın olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde tanımlanmamış olan mizofoninin başlı başına bir sendrom mu, yoksa başka bir bozukluğun parçası mı olduğu ve hangi durumlara eşlik ettiği eldeki verilerle iyi bilinmemektedir.

Tüm bunlar dikkate alındığında, mizofoni, birtakım nörolojik ve psikiyatrik bozukluklar ile sık birliktelik gösteren, ancak muhtemelen bu durumların herhangi biriyle tek başına açıklanamayacak olan bir rahatsızlıktır. Son zamanlarda psikiyatrik araştırmalarda ilginin arttığı mizofoninin ayrı bir bozukluk ya da sendrom olduğu ortaya konursa, başvurular artabilir, klinisyenler tarafından tanınmaya ve özellikle birlikte sıklıkla görüldüğü tablolarda sorgulanması artabilir. Bütün bunları sağlamak için ilk adım bu durumun yaygınlığının ve eşlik eden klinik özelliklerin bilinmesidir.

Mizofoninin yaygınlığını ve sosyodemografik özelliklerini araştıran tek çalışmada 483 psikoloji öğrencisi internet üzerinden verilen ölçeklerle taranmış ve örneklemin %20'sine yakın bir kısmında klinik olarak anlamlı derecede mizofoni belirtileri bulunmuştur (Wu ve ark. 2014). Jastreboff ve Jastreboff kulak çınlaması ve DST ile ilgili kendi yürüttüğü çalışmalar ve literatürdeki rakamları kullanarak toplumda klinik olarak anlamlı derecede mizofoni yaygınlığını %3.2 olarak tahmin etmiştir (2014). Buna rağmen mizofoninin toplumdaki yaygınlığını araştıran bir çalışma literatürde bulunmamaktadır.

3. AMAÇ

Bu çalışmada Ankara kent merkezini temsil eden bir örnekleme mizofoni belirtilerinin yaygınlığı, sosyodemografik değişkenler ve diğer ruhsal hastalıklarla ilişkisini araştırmak hedeflenmiştir. Hayat kalitesini ciddi biçimde etkileyebildiğini klinik deneyimlerden bildiğimiz, ancak psikiyatri pratiğinde az bilinen bu rahatsızlıkla ilgili önemli ve ayırt edici özellikleri ayrıntılı biçimde incelemek istedik. Erken başlangıçlı olduğu bilgisi nedeniyle örnekleme gençleri de katmayı planladık. Nöropsikiyatrik hastalıkların ve otistik spektrum bozuklukların mizofoniyle ilişkili olduğunu düşündüren çalışmalar nedeniyle depresyona ek olarak OKB, OKKB ölçekleri ve bu araştırma için oluşturduğumuz otistik belirti listesini de katılımcılara uyguladık.

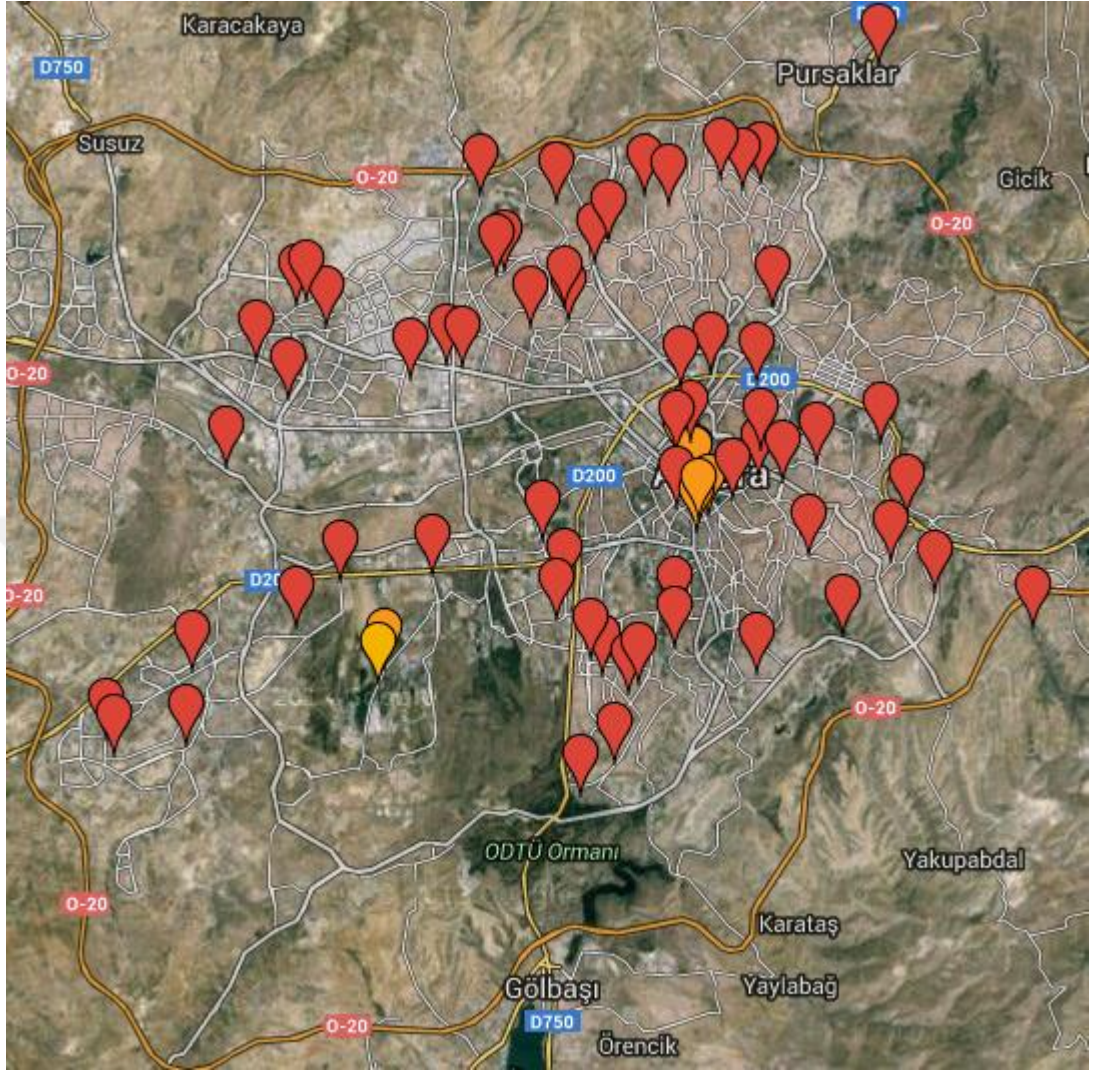
4 GEREÇ ve YÖNTEM

4.1. Araştırmaya Dâhil Olacak Gönüllü Sayısı ve Bunların Niteliği

Ankara kent merkezini temsil edecek şekilde rastgele seçilmiş 350 hanedeki 15 yaş üstü bireylere ulaşmak hedeflenmiştir. Epidemiyolojik çalışmalarda adreslerin rastgele seçimi için çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bunların arasında istatistik kurumlarından alınan randomize edilmiş adresler, belediyelerden şehirdeki tüm su, elektrik ya da doğalgaz sayacı numaralarının alınıp rastgele seçilmesine göre hanelerin belirlenmesi, yine randomize olarak belirlenmiş olan aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren yerlerin kayıtlarından alınan adresler sayılabilir.

Araştırmamızda kümeli hane örnekleme tercih edilmiştir. Bu çalışmada örneklem seçimi için belediye otobüsü durakları kullanılmıştır. Kent içinde belirli bir nüfus yoğunluğuna ulaşan yerleşim yerlerine otobüs hatları oluşturulması ve bu hatlar üzerinde otobüs durakları açılması nedeniyle rastgele seçilen otobüs duraklarının bulunduğu bölgede seçilen örneklemin, nüfusu temsil edeceği düşünülmüştür. Ankara Büyükşehir Belediyesi Elektrik-Gaz-Otobüs (EGO) Genel Müdürlüğü'nden Ankara kent merkezindeki otobüs duraklarının listesi alınmış (<http://map.ego.gov.tr:8080/ego/durakListesi.aspx>) ve mevcut 1472 durak içerisinde kent merkezine dâhil olan 1274 durak belirlenmiştir. Bu duraklar arasından rastgele seçilen 70'ine gidilmesi planlanmıştır. Gidilen her durakta önceden belirlenmiş bir yönergeye uygun olarak rastgele beş hane seçilerek, bu hanelerdeki 15 yaş üstü bireylere ulaşılması hedeflenmiştir. Hedef örnekleme, belirlenen duraklarda seçilen beş hanede yaşayan 15 yaş üstündeki tüm hane nüfusedir.

Aşağıdaki haritada (Şekil 4.1) Ankara'da gidilen ve her birinden beş hane seçilen 70 durağın bulunduğu harita gösterilmektedir. Turuncu ile işaretlenen noktalar hiçbir haneye ulaşamayan durakları temsil etmektedir. Bu durakların ikisi yönetimin araştırma yapılmasına izin vermediği siteler, dördü ise durağın bulunduğu çevrede hane bulunmaması (sadece dükkân, pasaj, dernek vb.) nedeniyle çalışma yapılamayan adreslerdir. Seçilen durakların tam listesi ise **EK 4'te** gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Ankara Kent Merkezinde Mizofoni Çalışması için Gidilen Durakları Gösteren Harita

4.2. Örneklem

Bu çalışmada rastgele belirlenen 70 durağın hepsine gidilmiş, değerlendirmeye uygun olan 60 durağa ait 300 hanenin hepsinin adreslerine ulaşılmış, bu hanelerin 41'i (%13.6) çalışmada yer almayı reddetmiştir. Kabul eden 259 hanede 15 yaş ve üzerinde 710 kişi saptanmıştır. Buna göre hane başına düşen 15 yaş ve üstü kişi ortalaması 2.7'dir. Bu 710 kişinin 530'u görüşme yapmayı kabul etmiş, 95'i o sırada hanede olduğu halde görüşme yapmayı reddetmiş, 17 kişi mental retardasyon, anlaşılmayı güçleştirecek şekilde konuşma güçlüğü, demans gibi

nedenlerle çalışmaya alınmak için uygun bulunmamış, 70 kişiye ise hanede ulaşılamamıştır. Daha sonradan bu 70 kişinin telefon ile görüşmeyi kabul eden 15'ine daha anket yapılmış ve toplam anket sayısı 543'e ulaşmıştır. Sonuç olarak ulaşılmak istenen hanelerin %86.4'üne ulaşılmış, bu hanelerdeki kişilerin %76.5'i ile de görüşme yapılabilmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Ulaşılan hanelerdeki çalışmaya katılım oranları

Kabul		Ret		Uygun Değil		Ulaşılamayan		Toplam	
N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
543	(76.5)	95	(13.3)	17	(2.4)	55	(7.7)	710	(100)

Görüşmeyi kabul eden hanelerdeki 710 kişiden oluşan 15 yaş üstü toplam nüfusun %48'i erkek (N:330) %52'si (N:357) kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmayı kabul etme oranları erkekler için %69.7 (N:228), kadınlar için %87.8 (N:315), reddetme oranları erkekler için %20.3 (N:67), kadınlar için %7.3 (N:26) olmuştur.

4.3. Araştırmaya Dâhil Olma ve Araştırmaya Almama Ölçütleri

Ulaşılan hanelerde yaşayan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onam veren 15 yaşın üzerindeki kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir. 15-18 yaş arasındakilerin katılımı için ebeveynlerinin onamları alınmıştır.

Çalışmada kullanılan değerlendirmeler öz bildirim formlarını da içerdiğinden okuma yazması olmayan kişilere formlar okunarak doldurulmuştur. Anketleri anlamaya ya da cevap vermeye engel teşkil eden bir durumu olan kişiler (zekâ geriliği veya demans gibi) çalışmaya alınmamıştır (n=17, %2.4).

4.4. Görüşme Bataryası

Görüşme bataryası üç bölümden oluşmaktadır:

4.4.1. Sosyodemografik Bilgiler Anketi

Kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, meslek durumu, geliri, sigara, alkol ve madde kullanım durumu, daha önce geçirdiği ya da devam eden tıbbi rahatsızlıklar,

ameliyatlar, kullandığı ilaçlar, geçirdiği ya da devam eden ruhsal rahatsızlıklar, soygeçmiş özellikleri gibi sosyodemografik bilgileri değerlendiren ve görüşmecinin soru-cevap şeklinde uyguladığı bir ankettir. Bu araştırma için araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Sosyodemografik bilgiler anketinde ayrıca mizofoniyle ilişkili olabilecek bazı sorular da sorulmaktadır (kulak çınlaması varlığı, daha önce Kulak Burun Boğaz Bölümüne gidip gitmeme, kişinin işitmesini nasıl değerlendirdiği vb.).

4.4.2. Mizofoni Görüşme Ölçeği (MGÖ)

Mizofoni Belirti Listesi'ni ve ilişkili faktörlerle ilgili soruları içeren iki bölümden oluşan, görüşmecinin uyguladığı bir ölçektir. Araştırmacılar tarafından bu çalışma için geliştirilmiştir.

4.4.2.1. Mizofoni Belirti Listesi (MBL)

Literatürün taranması, kliniğe başvuran hastaların belirtilerinin incelenmesi ve mizofoni konusunda uzmanlarla tartışmalar sonucunda araştırmacılar tarafından 50 farklı ses belirlenmiştir (Bkz. EK 1).

Her belirti için dördümlü Likert tipte (0=hiç, 1=biraz, 2=orta, 3=çok) şiddet sorgulanmaktadır. Toplam puan 0 ila 150 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .95'tir. Katılımcılar bu seslerin tümüne **hiç** ya da **biraz** diye cevap verirse (0 veya 1 puan) mizofoni görüşmesi sonlandırılmakta, eğer bu elli sesten en az birinden **orta ya da çok** şiddette rahatsız olduklarını ifade ederlerse (2 ya da 3 puan) mizofoni görüşmesinin ikinci kısmına geçilmektedir. Sorular görüşmeci tarafından sorulmakta ve cevap kaydedilmektedir. Katılımcı bir soruyu anlamadığında ya da soru sorduğunda görüşmeci açıklama ve netleştirme yapabilmektedir. Katılımcıların anlamakta zorlanacakları, yanlış anlama ihtimali olan sorular, eğitim düzeyine veya ruhsal hastalığa bağlı olarak yanlış cevap verilebilecek durumlar görüşme ekibinin yaptığı toplantılarda ele alınarak standardizasyon sağlanmıştır. Örneğin görüşmeci "Karasinek/sivrisinek sesinden ne kadar rahatsız olursunuz" diye sorduğunda, katılımcı çok rahatsız olurum cevabı vermişse görüşmeci cevap verenin karasineğin mikrop saçan, pis bir canlı olması, ya da sivrisineğin sesinin kişiyi sokma ihtimalini akla getirmesi nedeniyle "çok rahatsız olurum" cevabı vermemiş olduğunu anlayacak

sorular sormuş ve “Karasineğin/sivrisineğin sadece sesinden ne kadar rahatsız oluyorsunuz?” diye soruyu tekrarlamıştır. Bazı katılımcılar bu soru ve açıklamalar sonrasında cevaplarını daha düşük şiddette olanlarla değiştirmiştir. Analizlerde toplam puan kullanılmıştır. Ayrıca, alanda veri toplanırken de, ya her ekipte araştırmacı psikiyatrlar bizzat bulunmuş, ya da danışma mesafesinde olmuşlardır.

4.4.2.2. Mizofoni ile İlişkili Klinik Özellikleri Tarayan Batarya

Toplam 20 sorudan oluşan bu ölçekte mizofonik seslerin hangisinin en çok rahatsız edici olduğu, nasıl ve ne zaman başladığı, yol açtığı duygusal tepkiler, semptomlarda değişkenlik ve yeti yitimi gibi özellikler soruşturulmaktadır. Rahatsız edici ses bildirmeyenlere bu sorular sorulmamıştır. Görüşmeci tarafından uygulanmıştır (bkz EK 1).

4.4.3. Psikopatoloji Değerlendirmeye Yönelik Anketler

Hane ziyaretinde Mizofoni Görüşme Ölçeği'ne ek olarak katılımcıların doldurduğu anketler de verilmiştir. Bunlar diğer ruhsal hastalıklarla ilişkilidir. Anketler ulaşılan tüm katılımcılara verilmiştir (mizofoni bildiren-bildirmeyen). 208 (%38) katılımcı görme ya da okuma güçlüğü, okuryazar olmama gibi nedenlerle kendisi dolduramamış, görüşmeciler tarafından okunan sorulara cevapları görüşmeci kaydetmiştir.

4.4.3.1. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilen, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve yaygınlığını ölçmeye yönelik, “DOĞRU” ya da “YANLIŞ” şeklinde yanıtlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Toplam dört alt ölçek ve 37 madde içermektedir. Ölçeğin orijinali 30 maddeden oluşmaktadır ve Türkçe formunun çalışmasında MMPI'dan (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) yedi madde eklenmiştir. Doğru yanıtı 1, yanlış yanıtı 0 puandır. En yüksek puan 37'dir. Ölçeğin çalışmamızda

saptanan iç tutarlılık katsayısı .89'dur. Bu çalışmada alt ölçek puanları hesaplanmamış, toplam puan kullanılmıştır.

4.4.3.2. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu Tarama Anketi (OKKB-TA)

(DSM-III-R 2. Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-II) Ön Değerlendirme Formu)

Spitzer ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen, DSM-IV-TR'de yer alan tüm kişilik bozukluğu ölçütlerini sorgulayan görüşme içinden OKKB'yi sorgulayan dokuz madde tarama anketimizi oluşturmuştur. SCID II'nin DSM IV versiyonu Türkçeye çevirilmediği için DSM-III-R versiyonu kullanılmıştır. Kişi tarafından evet veya hayır diye cevaplanır. Bazı soruların alt soruları da olduğu için toplamda 12 semptom sorgulanmaktadır. Bu nedenle toplam puan 0 ila 12 arasında değişir. Bu 12 sorudan alınan puanlarla OKKB tanısı konamaz, ancak boyutsal olarak OKKB şiddeti puanı elde edileceği varsayılır. Ölçeğin çalışmamızda bulunan iç tutarlılık katsayısı .64'tür. İç tutarlılığın düşük olması diğer faktörlerin yanısıra madde sayısının azlığına da bağlı olabilir. Çalışmada ölçeğin toplam puanı kullanılmıştır.

4.4.3.3. Otizm Tarama Testi (OTT)

Erişkinde otizm belirtilerini sorgulayan, kişinin kendisinin doldurduğu 12 sorudan oluşan dörtlü Likert tipi (0=hiç, 1=biraz, 2=orta, 3=çok) bir ankettir. Puanlar 0 ila 36 arasında değişir. Özellikle sağlıklı yetişkinlerde gözlenebilen, hafif, kalıntı otistik belirtilerin (sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim, hayal gücü becerileri) sorgulanması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Yüksek puanların daha fazla/şiddetli otistik belirtiyeye işaret edeceği varsayılmıştır. Çalışmamızda bulunan iç tutarlılık katsayısı .73'tür. Çalışmada ölçeğin toplam puanı kullanılmıştır.

4.4.3.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck (1961) tarafından geliştirilen, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılan öz bildirime dayalı bir ölçektir. Kişinin son

bir haftadaki depresyon belirtileriyle ilgili dört dereceli 21 kendini değerlendirme maddesinden oluşmaktadır. Toplam puan 0 ila 63 arasında değişir. Yüksek toplam puan, daha şiddetli depresyon belirtisi varlığına işaret etmektedir. Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .90'dır. Çalışmada toplam puan kullanılmıştır.

4.5. Analizlere Katılan Değişkenlerin Oluşturulması

Yaş ve eğitim değişkenleri örneklemini tanıtmak amacıyla hazırlanan tablolarda kategorik olarak kullanılmışlardır. Yaş 15-30, 31-50 ve 51 yaş üstü olarak, eğitim ise eğitimsizler/ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve yüksekokul mezunu/üniversite mezunu olarak gruplanmıştır. Aynı değişkenler korelasyon analizlerinde ve yordayıcı analizlerde sürekli değişken olarak da kullanılmışlardır.

Fizyolojik/duygusal tepkilerin frekansları incelendiğinde öfke, bunalma ve iğrenme dışında duygu veya fizyolojik belirti bildiren kişi sayısının çok düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle mizofoni tanısı için kullanıldığında (bkz. Bölüm 4.6) sadece üç duygu var-yok şeklinde (orta veya çok işaretleyenler var kabul edilmiştir) hesaba katılmıştır.

4.6. Mizofoni Tanısı

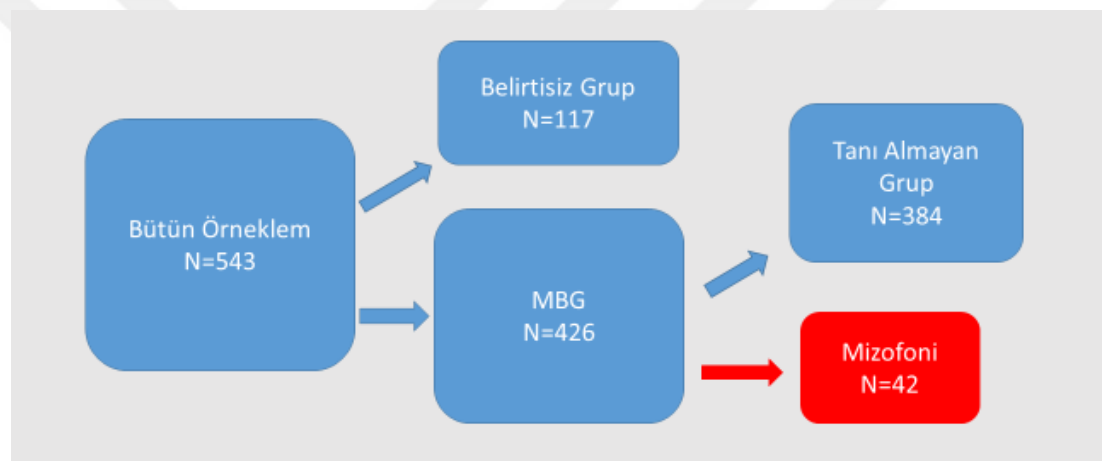
Çalışmamızın ana amaçlarından biri, mizofoninin ayrı, muhtemel bir psikiyatrik tanı kategorisi olup olmadığı ile ilgili literatürdeki araştırmalara ampirik katkı sağlamak ve mizofoni için tanı ölçütleri önermektir. Bu amaçla, hem mizofoni literatürü, hem psikiyatrik sınıflama sistemlerinin mantığı takip edilerek, üç tanı ölçüt grubu olacağı öngörülmüştür. Bunlar sırasıyla;

- 1- Klinik olarak anlamlı kabul edilebilecek düzeyde rahatsız edici olan, MBL'de yer alan en az bir sesin varlığı (örneğin, sakız çiğneme sesini "orta" ya da "çok" işaretlemiş olmak)
- 2- Belirgin duygusal ve/veya fizyolojik tepkinin varlığı: Sese maruz kalındığında belirli fizyolojik ve/veya duygusal tepkilerin (öfke, iğrenme veya daralmadan en az biri) gözlenmesi (örneğin öfke duygusunu "orta" ya da "çok" işaretlemiş olmak)

3- Belirtilerin gündelik hayatı belirgin oranda etkilemesi:

“Sesle ilgili rahatsızlığınız (veya kaçınmanız) hayatınızı ne kadar etkiliyor?” sorusuna “orta” ya da “çok” cevabı vermeye ek olarak aşağıdaki maddelerden en az birinin daha bulunması:

- Ses nedeniyle yapamadığınız şeyler var mı? (evet-hayır)
- “Sesler nedeniyle giremediğiniz yerler var mı?” (evet-hayır)
- “Bu sesler ilişkilerinizde bozulmaya neden oldu mu?” (evet-hayır)
- “Gününüzün ne kadarını bu durumla ilgili sorunlar etkiliyor?” sorusuna “bir saatten fazla” cevabı vermek



Şekil 4.2. Mizofoni tanısı koyma süreci

543 kişiden oluşan örneklemimizde Mizofoni Belirti Listesi’ndeki seslerin hiçbiri için orta ya da çok cevabını işaretlemeyen 117 kişi (belirtisiz grup, %21.5) çıkarıldıktan sonra, en az bir sesi rahatsız edici bulan 426 kişilik Mizofoni Belirti Grubu (MBG=%78.4) daha önce yöntemde belirtilen şekilde (bkz. 4.6 Mizofoni tanısı) mizofoni tanısı alan (N:42, %7.7) ve mizofonisi olmayan (N:384, %70.7) olarak iki gruba ayrılmıştır.

4.7. İstatistiksel Analiz

Katılımcılarla ilgili veriler, SPSS istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Mizofoni belirtilerinin türlerinin yaygınlığı, toplam puanın cinsiyet, eğitim gibi

demografik değişkenlerle ve diğer klinik değişkenlerle ilişkisi hem korelasyon analizleri, hem de çoklu regresyon kullanılarak incelenmiştir.

4.8. Uygulama

Görüşmeler araştırmayı yürüten üç psikiyatrist ve mizofoni konusunda eğitim almış üniversite öğrencisi ya da mezunu kişiler tarafından yapılmıştır. Veri toplayan toplamda on kişilik bir ekip oluşturulmuş, bu ekip klinik bir yorum gerektiğinde yardım almak üzere her zaman yanlarında bir psikiyatrist bulunacak şekilde hanelere dağılmışlardır. Veri toplama sırasında yardım gerektiren ruhsal sorunu saptanan kişiler ayaktan başvuru için kliniğimize yönlendirilmiştir. Ayrıca her haneye araştırma hakkında bilgi veren, kliniğimizin telefon numaraları ve doktorların e-posta adreslerini de içeren bir bilgilendirme formu verilmiştir (Bkz. EK 3).

5. BULGULAR

5.1. Sosyo-demografik Değişkenler ile İlgili Bulgular:

543 kişiden oluşan örneklemin 315'i (%58.0) kadın ve 228'i (%42.0) erkektir. Yaş ortalaması kadınlarda 44.2, erkeklerde için 42.5 bulunmuştur; iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede yaş farkı saptanmamıştır. Deneklerin yaşları 15-88 arasında değişmektedir ve histogram grafiğine göre dağılımı normal dağılıma uygundur (Tablo 5.1).

Tablo 5.1. Cinsiyete göre yaş ortalamaları

	Erkek		Kadın		Toplam		t	P
	Ort.	(SS)	Ort.	(SS)	Ort.	(SS)		
Yaş	42.5	(19.2)	44.2	(17.3)	43.5	(18.1)	1.18	.236

Çalışmaya alınan katılımcıların eğitim durumu, medeni hali, mesleki durumu, hangi elini baskın olarak kullandıkları, herhangi bir nedenle psikiyatriste ve psikoloğa başvurup başvurmadıkları, çınlamalarının olup olmadığı ve KBB bölümüne başvurup başvurmadıkları gibi sosyodemografik ve bazı klinik özelliklerinin oranı ve cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 5.2'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınlarda eğitim düzeyinin erkeklere oranla belirgin açıdan düşük olduğu görülmektedir; eğitimsiz ve ilkokul mezunu kadınların oranı erkeklerden iki kat fazladır. Katılımcıların %35.7'si evli olmadığını, %64.7'si de evli olduğunu bildirmiştir. Bekleneceği üzere evli olma açısından kadın ve erkek arasında fark saptanmamıştır. Çalışan erkeklerin oranı (%49.1) kadınlara göre (%23.1) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Katılımcıların %66'sının çalışmadığı, %34'ünün bir iş sahibi olduğu görülmektedir.

Herhangi bir nedenle psikiyatriste ya da psikoloğa gidenlerin oranı %30.1 bulunmuştur; kadınların başvuru oranları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksektir (%35.9'a %22). KBB'ye gitme durumu açısından da benzer bir fark vardır; kadınların başvuru oranı erkeklerden daha yüksektir. Katılımcılar arasında KBB'ye

başvuru oranı psikiyatrist ve psikoloğa başvuru oranının yaklaşık iki katı (%58.4) olarak bulunmuştur. Çınlama açısından değerlendirildiğinde geçmişte ya da görüşmenin yapıldığı sırada çınlaması olanların oranı %38.7'dir; çınlama açısından kadın erkek farkı saptanmamıştır. Katılımcıların %9.6'sı solak ya da her iki elini aynı derecede kullandığını, %90.4'ü de sağ elini kullandıklarını bildirmişlerdir; baskın kullanılan el açısından kadın ve erkek farkı saptanmamıştır. Deneklerin dörtte birinden fazlası akrabalarında mizofoni olduğunu bildirmiştir; kadınlar, erkeklere göre daha yüksek mizofonisi olan akraba oranları bildirmişlerdir (Tablo 5.2).

Tablo 5.2. Örnekleme ait sosyodemografik ve klinik özellikler

Sosyodemografik ve klinik özellikler		Erkek N (%)	Kadın N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq (p)
Eğitim Durumu	Eğitimsiz	3 (1.3)	24 (7.6)	27 (5.0)	19.5 (.001)
	İlkokul Mezunu	50 (21.9)	98 (31.1)	148 (27.3)	
	Ortaokul Mezunu	46 (20.2)	52 (16.5)	98 (18.0)	
	Lise Mezunu	55 (24.1)	63 (20.0)	118 (21.7)	
	Üniversite Mezunu	74 (32.5)	78 (24.8)	152 (28.0)	
Yaş	≤30	81 (36.0)	78 (25.2)	159 (29.7)	7.8 (.020)
	31-50	68 (30.2)	118 (38.1)	186 (34.8)	
	>51	76 (33.8)	114 (36.8)	190 (35.5)	
Medeni hal	Evli değil	79 (34.6)	113 (35.9)	192 (35.4)	0.1 (.768)
	Evli	149 (65.4)	202 (64.1)	351 (64.6)	
Mesleki durum	İşsiz	116 (50.9)	242 (76.8)	358 (65.9)	39.6 (.000)
	Çalışan	112 (49.1)	73 (23.2)	185 (34.1)	
Baskın olarak kullanılan el	Sağ el	208 (91.6)	282 (89.5)	490 (90.4)	0.7 (.411)
	Solak/her iki el	19 (8.4)	33 (10.5)	52 (9.6)	
Psikiyatriste/psikologa gitmiş mi?	Hayır	177 (78.0)	201 (64.0)	378 (69.9)	12.2 (.000)
	Evet	50 (22.0)	113 (36.0)	163 (30.1)	
KBB'ye gitmiş mi?	Hayır	106 (46.7)	120 (38.1)	226 (41.7)	4.0 (.045)
	Evet	121 (53.3)	195 (61.9)	316 (58.3)	
Çınlaması var mı?	Yok	145 (63.9)	188 (59.7)	333 (61.4)	0.9 (.322)
	Var	82 (36.1)	127 (40.3)	209 (38.6)	
Akrabalarında mizofoni var mı?	Hayır	183 (81.0)	202 (65.0)	385 (71.7)	16.6 (.000)
	Evet	43 (19.0)	109 (35.0)	152 (28.3)	

Katılımcıların cinsiyete göre sigara, alkol ve madde kullanım oranları Tablo 5.3'te verilmiştir. Hem sigara hem de alkol kullanımı açısından erkeklerde oranlar kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Her gün sigara kullanımı erkeklerde %24, kadınlarda %20.1, düzenli alkol kullanımı erkeklerde %6.6 kadınlarda %1.3 bulunmuştur. Katılımcıların %58.7'si sigarayı, %72.6'sı da alkolü hiç kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Aktif olarak madde kullandıklarını söyleyen iki kişi olmuştur. Bıraktım diyenlerin oranı %1.1 bulunmuştur; madde kullanım oranlarında kadın ve erkek farkı saptanmamıştır.

Tablo 5.3. Katılımcıların sigara, alkol ve madde kullanım oranları

Sigara alkol ve madde kullanımı		Erkek N (%)	Kadın N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq (p)
Sigara kullanımı	Hayır	101 (44.5)	217 (68.9)	318 (58.7)	36.1(.000)
	Bırakmış	39 (17.2)	20 (6.3)	59 (10.9)	
	Arada bir	15 (6.6)	17 (5.4)	32 (5.9)	
	Her gün	72 (31.7)	61 (19.4)	133 (24.5)	
Alkol kullanımı	Hayır	127 (55.9)	266 (84.4)	393 (72.5)	58.7(.000)
	Bıraktım	17 (7.5)	3 (1.0)	20 (3.7)	
	Arada bir	68 (30.0)	42 (13.3)	110 (20.3)	
	Haftada birkaç gün	15 (6.6)	4 (1.3)	19 (3.5)	
Madde kullanımı	Hayır	223 (98.7)	312 (99.0)	536 (98.9)	0.2 (.681)
	Bıraktım	3 (1.3)	3 (0.9)	6 (1.1)	

Tablo 5.4'te çalışmaya alınan katılımcıların bazı hastalıklar ve tıbbi belirtiler açısından cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Katılımcılara doktor tarafından tanısı konan tıbbi hastalıkları beyan etmeleri istenmiştir. Hipertansiyon, anemi, saç dökülmesi, migren ve migren dışı baş ağrısı, vertigo, ve hipotiroidi kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek oranda bildirilmiştir.

Tablo 5.4. Sistemik hastalıklar ve bazı klinik belirtilerin oranları

Sistemik hastalıklar ve bazı tıbbi belirtiler	Erkek		Kadın		Toplam		Chi Sq (p)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Diyabet	24	(10.6)	43	(13.7)	67	(12.4)	1.1 (.283)
Hipertansiyon	33	(14.5)	85	(27.0)	118	(21.8)	12.0 (.001)
Astım	11	(4.8)	28	(8.9)	39	(7.2)	3.2 (.072)
Anemi	7	(3.1)	52	(16.5)	59	(10.9)	24.5 (.000)
Epilepsi	1	(0.4)	4	(1.3)	5	(0.9)	1.0 (.319)
Ülser	18	(7.9)	33	(10.5)	51	(9.4)	1.0 (.316)
Doguştan bedensel engelli	1	(0.4)	3	(1.0)	4	(0.7)	0.5 (.492)
Hipotiroidi	5	(2.2)	58	(18.4)	63	(11.6)	33.7 (.000)
Miyopi	36	(15.9)	61	(19.4)	97	(17.9)	1.1 (.293)
Hipermetropi	33	(14.5)	60	(19.0)	93	(17.2)	1.8 (.169)
Vertigo	9	(4.0)	42	(13.3)	51	(9.4)	13.6 (.000)
Akne	9	(4.0)	20	(6.3)	29	(5.4)	1.5 (.224)
Psöriyazis	3	(1.3)	5	(1.6)	8	(1.5)	0.1 (.800)
Ağızda aft	6	(2.6)	13	(4.1)	19	(3.5)	0.9 (.354)
Saç dökülmesi	19	(8.4)	48	(15.2)	67	(12.4)	5.7 (.017)
Migren	9	(4.0)	32	(10.2)	41	(7.6)	7.2 (.007)
Migren dışı baş ağrısı	17	(7.5)	69	(21.9)	86	(15.9)	20.5 (.000)
Allerji	13	(5.7)	45	(14.3)	58	(10.7)	10.1 (.001)
Kanser	2	(0.9)	8	(2.5)	10	(1.8)	2.0 (.157)
Miyokard enfarktüsü	10	(4.4)	6	(1.9)	16	(3.0)	2.9 (.090)
Major cerrahi	41	(18.1)	69	(21.9)	110	(20.3)	1.2 (.272)

Katılımcıların kendi ifadelerine dayanan geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü bildirilme oranlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 5.5'te verilmiştir. Depresyon en yüksek oranda bildirilen psikiyatrik bozukluk olmuştur (%15.3). Kadınlarda %22.2, erkeklerde %5.7 oranında bildirilmiştir, kadın ve erkek arasında anlamlı düzeyde fark vardır. Yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler ve konversiyon bozukluğu yine kadınlarda erkeklere göre daha fazla saptanmıştır. Alkol bağımlılığı erkeklerde kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranda saptanmıştır. Diğer bütün psikiyatrik bozukluklar ve belirtiler için kadın ve erkek farkı saptanmamıştır.

Tablo 5.5. Cinsiyete göre ruhsal bozuklukların bildirilme sayı ve oranları

Psikiyatrik Bozukluklar	Erkek		Kadın		Toplam		Chi Sq (p)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Depresyon	13	(5.7)	70	(22.2)	83	(15.3)	27.7 (.000)
Yaygın anksiyete bozukluğu	15	(6.6)	45	(14.3)	60	(11.1)	7.9 (.005)
Panik bozukluğu	13	(5.7)	46	(14.6)	59	(10.9)	10.7 (.001)
Obsesif kompulsif bozukluk	11	(4.8)	21	(6.7)	32	(5.9)	0.8 (.375)
Bipolar afektif bozukluk	3	(1.3)	8	(2.5)	11	(2.0)	1.0 (.321)
Şizofreni	1	(0.4)	0	(0.0)	1	(0.2)	1.4 (.238)
Yeme bozuklukları	4	(1.8)	6	(1.9)	10	(1.8)	0.0 (.903)
DEHB	21	(9.3)	20	(6.3)	41	(7.6)	1.6 (.207)
Fobi	6	(2.6)	20	(6.3)	26	(4.8)	4.0 (.046)
Alkol bağımlılığı	6	(2.6)	0	(0.0)	6	(1.1)	8.4 (.004)
Özkiyim girişimi	2	(0.9)	8	(2.5)	10	(1.8)	2.0 (.157)
Konversiyon bozukluğu	1	(0.4)	24	(7.6)	25	(4.6)	15.5 (.000)

5.2. Mizofoni Belirti Listesi'ndeki Maddelerle İlişkili Bulgular

Araştırmamızda deneklere 50 farklı sesin kendilerini rahatsız edip etmediği, ediyorsa ne derecede rahatsız ettiği sorulmuştur. Ölçekten alınan ortalama alınan puan 28.49 (0-150 arasında) bulunmuştur. 117 denek anlamlı derecede rahatsız edici hiçbir ses bildirmemişlerdir (426 kişi en az bir sesin ciddi derecede rahatsız ettiğini belirtmiş olmaktadır). Rahatsız edici ses sayısı 0'dan 44'e değişmektedir. Ortalama bildirilen rahatsız edici ses sayısı 8.3'tür. Erkekler ortalama 6.8 ses bildirirken, kadınlar 9.4 ses bildirmişlerdir. Rahatsız edici seslerin dağılımı rastgele değildir; bazıları daha sık olarak rahatsız edici bulunmaktadır. En rahatsız edici sesler sırasıyla horlama, yemek yeme/şapırtı, karasinek/sivrisinek, boğaz temizleme, burun çekme ve damlama sesi; en az rahatsız edici sesler ise sırasıyla karda yürüme, saç tarama, bilgisayar mouse sesi, hapşırık, fokurdama sesi olarak bulunmuştur.

MBL'nin iç tutarlılık katsayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha değeri .95, iki yarım güvenilirlik değeri ise birinci yarım için .90, ikinci yarım için .92 bulunmuştur.

Mizofoni Belirti Listesi'ndeki maddelerin bütün örneklemden aldığı ortalama puan, katılımcılar tarafından **orta ya da çok** olarak işaretlenme sayısı ve oranları Tablo 5.6'da özetlenmiştir. Her maddenin başındaki numara katılımcıya okunan ses listesindeki (MBL) sırasını göstermektedir. Tablo incelendiğinde en sık işaretlenen horlama sesinin 257 kişi tarafından (örneklemimizin %47.2'si) rahatsız edici bulunduğu saptanmıştır. Maddeler 0.05-1.52 arası puan almıştır. Sıklık sırasında horlama sesini yemek yeme/çiğneme/şapırtı sesleri, karasinek/sivrisinek vızıltısı, boğaz temizleme sesi ve burun çekme sesi takip etmektedir.

Tanı alan grupla tüm örneklem arasındaki farklar dikkat çekicidir. Belirtiyi var (orta-çok) bildirenlerin oranının tanı grubunda daha fazla olması beklenen bir durumdur. Genel olarak mizofoni tanısı alanların MBL'deki maddelerden rahatsız olma oranları almayanlara göre yaklaşık iki kat yüksektir. Ancak bazı sesler için farklılık çok daha fazladır. Örneğin horlamadan rahatsız olma tüm grupta %47.2, tanı grubunda %69 iken, saat tiktakı, nefes sesi gibi belirtilerde fark çok daha fazladır (%20 ye %50).

Tablo 5.6. Mizofoni Belirti Listesi maddelerinin işaretlenme sayısı, ortalama puan ve yüzde değerleri

Mizofoni Belirti Listesi	Tüm Örneklem (N=543)				Tanı alanlar (N=42)			
	N	%	Ort.	SS	N	%	Ort.	SS
10.Horlama sesi	257	47.2	1.52	1.2	29	69	2.19	1.1
1.Yemek yeme/çiğneme/şapırtı sesleri	235	43.1	1.36	1.2	29	69	2.05	1.2
34.Karasinek/sivrisinek vızıltısı	234	42.9	1.37	1.2	35	83.3	2.38	1.0
14.Boğaz temizleme sesi	195	35.8	1.14	1.2	28	66.7	2.05	1.2
15.Burun çekme sesi	192	35.2	1.15	1.1	27	64.3	1.93	1.1
20.Musluk veya tavandan su damlaması	179	32.8	1.09	1.1	26	61.9	1.88	1.2
2.Sakız çiğneme sesi	173	31.7	1.02	1.1	21	50	1.60	1.4
8.Çay veya kahveyi höpürdeterek içme	170	31.2	1.04	1.1	24	57.1	1.74	1.3
35.Tabağa vuran/sürten çatal bıçak sesi	157	28.8	.94	1.1	26	61.9	1.88	1.2
45.Diliyle dişe kaçan bir şeyi çıkarma sesi	153	28.1	.93	1.1	26	61.9	2.00	1.2
50.Gıcırdayan kapı sesi	134	24.6	.90	1.0	20	47.6	1.45	1.3
23.Karatahtaya sürten tebeşir sesi	123	22.6	.72	1.1	19	45.2	1.29	1.3
43.Saat tik takı	119	21.8	.79	1.0	22	52.4	1.38	1.3
6.Ağız ve buruna ait nefes sesleri	116	21.3	.70	1.0	22	52.4	1.40	1.2
37.Komşudan gelen konuşma/müzik sesleri	113	20.7	.72	1.0	18	42.9	1.26	1.3
27.Anahtarla/parayla/tespihle oynama	104	19.1	.67	.99	20	47.6	1.36	1.2
21.Konuşurken birinin "ıııı" demesi	102	18.8	.69	.97	21	50	1.36	1.2
29.Beyaz eşya köpüklerinin sesi	100	18.3	.62	1.0	12	28.6	.88	1.2
26.Bebek ağlaması	99	18.2	.65	1.0	20	47.6	1.43	1.4
47.Elektrikli süpürge sesi	98	18.0	.63	1.0	13	31	.98	1.2
3.Çekirdek çitleme sesi	91	16.7	.56	.97	13	31	1.05	1.2
49.Topuklu ayakkabı sesi	82	15.0	.57	.93	18	42.9	1.21	1.2
41.Yanıp sönen flüoresan lamba sesi	81	14.9	.53	.90	14	33.3	1.02	1.1
4.Şeftali/armut/elma yeme sesleri	77	14.1	.47	.92	11	26.2	.88	1.2
36.Birinin kulaklığından gelen müzik sesi	76	13.9	.52	.89	15	35.7	.98	1.1
5.Salatalık/havuç yeme sesleri	72	13.2	.45	.91	13	31	.90	1.2
28.Poşet hisirtisi	69	12.7	.47	.85	19	45.2	1.31	1.3
39.Havlama sesi	68	12.5	.48	.87	15	35.7	.95	1.2
7.Sigara içerken duyulan nefes çekme	61	11.2	.39	.85	10	23.8	.71	1.0
9.İslık sesi	60	11.0	.41	.82	12	28.6	1.02	1.2
24.Fısıltıyla konuşma sesi	57	10.5	.37	.78	14	33.3	.95	1.1
25.Kurşun/fosforlu kalemle yazma sesi	58	10.6	.37	.80	13	31	.86	1.1
32.Mesajlaşma programlarının uyarı sesleri	54	9.9	.35	.75	12	28.6	.69	1.0
40.Spor ayakkabıların çıkardığı gıcırıtı	54	9.9	.38	.78	13	31	.90	1.2
16.Parmak çıtlatma sesi	53	9.7	.34	.77	6	14.3	.45	.91
46.Bilgisayar, buzdolabı ve klima sesi	53	9.7	.36	.74	7	16.7	.57	.99
13.Öksürük sesi	51	9.4	.37	.77	12	28.6	.90	1.1
17.Kaşıma sesi	46	8.4	.31	.72	9	21.4	.69	1.0
11.Hıçkırık sesi	43	7.9	.30	.73	10	23.8	.76	1.2
22.Yatınca hissedilen nabız/kalp sesi	40	7.3	.27	.68	8	19.0	.64	1.1
31.Klavye tıkırtısı	33	6.1	.18	.57	7	16.7	.43	.88
19.Tırnak kesme sesi	32	5.9	.21	.61	5	11.9	.31	.74
38.Kitap/gazete sayfalarının hızla çevrilmesi	32	5.9	.24	.62	10	23.8	.64	1.0
44.Buruşturulan kağıt/peçete sesi	31	5.7	.23	.62	9	21.4	.55	.94
33.Basmalı kalemin çıtı sesi	28	5.1	.19	.58	9	21.4	.60	.93
42.Çaydanlık/tencerenin fokurdama sesi	25	4.6	.15	.52	10	23.8	.60	1.0
12.Hapşırık sesi	23	4.2	.19	.59	3	7.1	.38	.82
30.Bilgisayar Mouse/fare tıklama sesi	21	3.9	.14	.48	6	14.3	.40	.85
18.Saç tarama sesi	7	1.3	.05	.28	1	2.4	.10	.48
48.Karda yürüme sesi	7	1.3	.05	.30	0	0	.05	.21

Mizofoni Belirti Listesi'nin ardından sorulan **“Biraz önceki listede sizi en çok rahatsız eden/etkileyen sesleri belirtiniz.”** maddesi ile katılımcıların MBL'deki maddelerden en çok rahatsız oldukları ilk iki rahatsız edici ses belirlenmiştir. Buna göre yemek yeme/çiğneme/şapırtı sesi 58 kişi tarafından en çok rahatsız eden ses, 22 kişi tarafından da en çok rahatsız eden ikinci ses olarak işaretlenmiştir (Tablo 5.7).

Tablo 5.7. En çok rahatsız eden ilk iki sesin örneklemdaki işaretlenme sayıları

Mizofonik Belirti	Birinci ses	İkinci Ses	Mizofonik Belirti	Birinci ses	İkinci Ses
1.Yemek/çiğneme/şapırtı	58	22	26.Fluoresan lamba	3	1
2. Horlama sesi	52	26	27.Öksürük sesi	3	0
3.Karasinek/Sivrisinek	24	19	28.Mesajlaşma	3	0
4. Sakız çiğneme	23	21	29.Kaşırma	2	3
5.Karatahta	16	8	30.Sigara çekme	2	2
6.Boğaz temizleme	19	26	31.Poşet hisirtisi	2	2
7.Diliyle diş temizleme	12	12	32.Fısıltı ile konuşma	2	1
8.Burun çekme	11	7	33.Salatalık Havuç	2	0
9.Damlama sesi	10	13	34.Fosforlu kalem	1	3
10.Saat tiktakı	10	11	35.Isılık çalma	1	3
11.Elektrikli Süpürge	10	8	36.Konuşurken ıı deme	1	2
12.Komşu sesi	10	6	37.Hapşırık	1	1
13.Bebek ağlaması	9	9	38.Hıçkırık	1	0
14.Anahtar/tespih/para	9	6	39.Fokurdama	1	0
15.Tabağa vuran çatal	8	4	41.Ağız burun sesleri	0	2
16.Beyaz eşya köpükleri	7	9	42.Spor ayakkabı	0	2
17.Çay/Kahve höpürdeme	7	6	42.Karda yürüme	0	1
18.Kapı gıcırdaması	6	5	43.Tırnak kesme	0	1
19.Çekirdek	6	3	44.Basmalı kalem	0	1
20.Köpek havlaması	5	2	45.Saç tarama sesi	0	0
21.Topuklu ayakkabı	5	1	46.Klavye sesi	0	0
22.Nabız/kalp sesi	4	0	47.Mouse sesi	0	0
23.Şeftali/armut/elma	3	4	48.Kitap gazete çevirme	0	0
24.Parmak çıtlatma	3	3	49.Buruşturulan kağıt	0	0
25.Kulaklık sesi	3	1	50.Bilgisayar/klima	0	0

Çalışmaya katılanlardan rahatsız edici derecede mizofonik ses bildirenlerin oranı kadın ve erkekler için ayrı ayrı sunulmuştur (Tablo 5.8). Böylece mizofoni ile ilişkili olduğu düşünülen 50 ses arasından 3 tanesinin %40'ın üzerinde, 8 tanesinin %30 ve üzerinde ve 15 tanesinin %20 üzerinde kişi tarafından orta ya da çok şiddette rahatsız edici bulunduğu saptanmıştır.

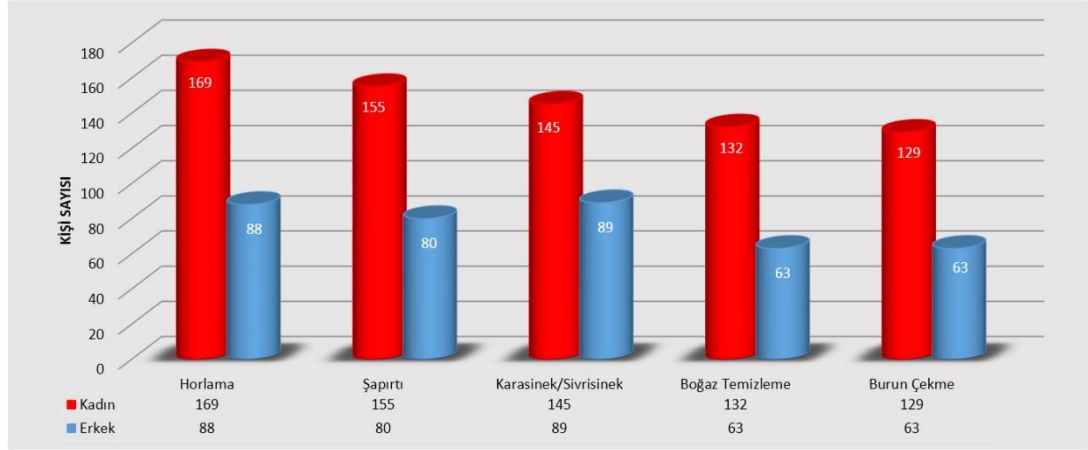
Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında, iki grup arasındaki fark gözlenen 22 sesin 21'inde kadınların erkeklere göre daha çok rahatsızlık ilettiği görülmüştür. Sadece elektrikli süpürge sesinin erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede daha

yüksek oranda rahatsız edici bulunduğu, bulunmuş, kalan 29 maddede kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark saptanamamıştır.

Tablo 5.8. MBL maddelerinin cinsiyete göre dağılımı

Mizofonik Belirti	Erkek N (%)	Kadın N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq (p)
1.Yemek yeme/çiğneme/şapırtı sesleri	80 (35.1)	155 (49.2)	235 (43.3)	10.7 (.001)
2.Sakız çiğneme sesi	67 (29.4)	106 (33.7)	173 (31.9)	1.1 (.292)
3.Çekirdek çitleme sesi	28 (12.3)	63 (20.0)	91 (16.8)	5.7 (.017)
4.Şeftali/armut/elma yeme sesleri	25 (11)	52 (16.5)	77 (14.2)	3.4 (.064)
5.Salatalık/havuç yeme sesleri	23 (10.1)	49 (15.6)	72 (13.3)	3.4 (.066)
6.Ağız ve buruna ait nefes sesleri	34 (14.9)	82 (26.0)	116 (21.4)	9.7 (.002)
7.Sigara içerken duyulan nefes çekme	24 (10.5)	37 (11.7)	61 (11.2)	0.2 (.657)
8.Çay veya kahveyi höpürdeterek içme	63 (27.6)	107 (34.0)	170 (31.3)	2.5 (.116)
9.Islık sesi	22 (9.6)	38 (12.1)	60 (11.0)	0.8 (.376)
10.Horlama sesi	88 (38.6)	169 (53.7)	257 (47.3)	12.0 (.001)
11.Hıçkırık sesi	13 (5.7)	30 (9.5)	43 (7.9)	2.7 (.104)
12.Hapşırık sesi	9 (3.9)	14 (4.4)	23 (4.2)	0.8 (.777)
13.Öksürük sesi	11 (4.8)	40 (12.7)	51 (9.4)	9.6 (.002)
14.Boğaz temizleme sesi	63 (27.6)	132 (41.9)	195 (35.9)	11.7 (.001)
15.Burun çekme sesi	63 (27.6)	129 (41.0)	182 (35.4)	10.3 (.001)
16.Parmak çıtlatma sesi	17 (7.5)	36 (11.4)	53 (9.8)	2.4 (.124)
17.Kaşırma sesi	14 (6.1)	32 (10.2)	46 (8.5)	2.8 (.097)
18.Saç tarama sesi	1 (0.4)	6 (1.9)	7 (1.3)	2.2 (.135)
19.Tırnak kesme sesi	14 (6.1)	18 (5.7)	32 (5.9)	0.5 (.835)
20.Musluk veya tavandan su damlaması	58 (25.4)	12 (38.4)	179 (33.0)	10.0 (.002)
21.Konuşurken birinin "ıııı" demesi	34 (14.9)	68 (21.6)	10 (18.8)	3.9 (.049)
22.Yatınca hissedilen nabız/kalp sesi	16 (7.0)	24 (7.6)	40 (7.4)	0.7 (.791)
23.Karatahtaya sürten tebeşir sesi	48 (21.1)	75 (23.8)	123 (22.7)	0.6 (.449)
24.Fısıltıyla konuşma sesi	18 (7.9)	40 (12.4)	58 (10.5)	2.8 (.092)
25.Kurşun/fosforlu kalemle yazma sesi	15 (6.6)	43 (13.7)	58 (10.7)	6.9 (.008)
26.Bebek ağlaması	43 (18.9)	56 (17.8)	99 (18.2)	0.1 (.747)
27.Anahtarla/parayla/tespihle oynama	28 (12.3)	76 (24.1)	104 (19.2)	12.0 (.001)
28.Poşet hışırtısı	19 (8.3)	50 (15.9)	69 (12.7)	6.8 (.009)
29.Beyaz eşya köpüklerinin sesi	34 (14.9)	66 (21.0)	100 (18.4)	3.2 (.073)
30.Bilgisayar Mouse/fare tıklama sesi	7 (3.1)	14 (4.4)	21 (3.9)	0.7 (.412)
31.Klavye tıkırtısı	8 (3.5)	25 (7.9)	33 (6.1)	4.5 (.033)
32.Mesajlaşma programlarının uyarı sesleri	18 (7.9)	36 (11.4)	54 (9.9)	1.8 (.174)
33.Basmalı kalemin çıktığı sesi	6 (2.6)	22 (7.0)	28 (5.2)	5.1 (.024)
34.Karasinek/sivrisinek vızıltısı	89 (39)	145 (46.0)	234 (43.1)	2.6 (.104)
35.Tabağa vuran/sürten çatal bıçak sesi	57 (25.0)	100 (31.7)	157 (28.9)	2.9 (.087)
36.Birinin kulaklığından gelen müzik sesi	32 (14.0)	44 (14.0)	76 (14.0)	0.0 (.994)
37.Komşudan gelen konuşma/müzik sesleri	53 (23.2)	60 (19.2)	113 (20.9)	1.3 (.249)
38.Kitap/gazete sayfalarının hızla çevrilmesi	6 (2.6)	26 (8.3)	32 (5.9)	7.6 (.006)
39.Havlama sesi	21 (9.2)	47 (15.0)	68 (12.5)	4.0 (.046)
40.Spor ayakkabıların çıkardığı gıcırtı	15 (6.6)	39 (12.4)	54 (10.0)	5.0 (.025)
41.Yanıp sönen flüoresan lamba sesi	28 (12.3)	53 (16.9)	81 (14.9)	2.2 (.138)
42.Çaydanlık/tencerenin fokurdama sesi	4 (1.8)	21 (6.7)	25 (4.6)	7.3 (.007)
43.Saat tik takı	34 (14.9)	85 (27.1)	119 (22.0)	11.4 (.001)
44.Buruşturulan kağıt/peçete sesi	6 (2.6)	25 (8.0)	31 (5.7)	7.0 (.008)
45.Diliyle dişe kaçan bir şeyi çıkarma sesi	58 (25.4)	95 (30.3)	153 (28.2)	1.5 (.219)
46.Bilgisayar, buzdolabı ve klima sesi	12 (5.3)	41 (13.1)	53 (9.8)	9.1 (.003)
47.Elektrikli süpürge sesi	52 (22.8)	46 (14.6)	98 (18.1)	6.0 (.015)
48.Karda yürüme sesi	1 (0.4)	6 (1.9)	7 (1.3)	2.2 (.134)
49.Topuklu ayakkabı sesi	35 (15.4)	47 (15.0)	82 (15.1)	0.2 (.902)
50.Gıcırdayan kapı sesi	47 (20.6)	87 (27.7)	134 (24.7)	3.6 (.059)

Aşağıdaki grafikte ise rahatsız edici bulunan seslerden en sık bildirilen ilk beşinin kadın ve erkeklerde yüzde ve sayı değerleri karşılaştırılmıştır. Hem kadın hem erkeklerde en sık bildirilen ilk beş sesin aynı (horlama, yemek yeme/çığneme/şapırtı sesleri, karasinek/sivrisinek vızıltısı, boğaz temizleme ve burun çekme) olduğu görülmektedir. Sıralamada ise bazı farklılıklar göze çarpmaktadır.



Şekil 5.1. Kadın ve Erkeklerde En Yaygın Rastlanan Beş Mizofonik Ses

Çalışmaya katılan deneklerin yaşlarına göre üç gruba (30 yaş altı, 31-50 yaş arası ve 51 yaş üstü) bölünmesinin ardından mizofonik seslerden orta ya da çok şiddette etkilendiğini belirtme oranları Tablo 5.9'da yer almaktadır. MBL'deki 50 sesin 23'ünde yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmazken 27'sinde fark bulunmuştur.

Tablo incelendiğinde, genel olarak genç ve erişkin grubun 51 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre mizofonik seslerden daha yüksek oranda rahatsız olduklarını bildirdikleri görülmektedir. Elli sesin hiçbirinde 51 yaş üstü grup genç ve erişkinlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla rahatsızlık oranı göstermemiştir. Farklılık oranı istatistiksel anlamlılık gösteren 27 ses incelendiğinde 3 ses için (sigara içilirken duyulan nefes çekme sesi, bebek ağlaması ve elektrikli süpürge sesi) 30 yaş altı grupta diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek oranlar bulunmuş, 2 ses için (ıslık sesi ve öksürük sesi) 31-50 yaş arası grupta genç ve 51 yaş üstü gruba göre daha yüksek oranda bulunduğu ve kalan 22 ses için 51 yaş üstü grubun diğer iki gruba göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 5.9).

Tablo 5.9. MBL maddelerinin yaş gruplarına göre dağılımı

Mizofonik Belirti	≤30y N (%)	31-50y N (%)	≥51y N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq p
1.Yemek/çiğneme/şapırtı	90 (56.6)	89 (45.9)	56 (29.5)	235 (43.3)	26.8(.000)
2.Sakız çiğneme	52 (32.7)	77 (39.7)	44 (23.2)	173 (31.9)	12.2(.002)
3.Çekirdek çitleme	24 (15.1)	41 (21.1)	26 (13.7)	91 (16.8)	4.3 (.119)
4.Şeftali/armut/elma	25 (15.7)	38 (19.6)	14 (7.4)	77 (14.2)	12.2(.002)
5.Salatalık/havuç	22 (13.8)	34 (17.5)	16 (8.4)	72 (13.3)	7.0 (.030)
6.Ağız ve buruna ait nefes	42 (26.4)	47(24.2)	27 (14.2)	116 (21.4)	9.1 (.010)
7.Sigara çekme sesi	27 (17.0)	19 (9.8)	15 (7.9)	61 (11.2)	7.8 (.020)
8.Çay kahve höpürdetme	67 (42.1)	62 (32.0)	41 (21.6)	170 (31.3)	17.1(.000)
9.İslık sesi	12 (7.5)	32 (16.5)	16 (8.4)	60 (11.0)	9.2 (.010)
10.Horlama sesi	81 (50.9)	100(51.5)	76 (40.0)	257 (47.3)	6.3 (.043)
11.Hıçkırık sesi	15 (9.4)	14 (7.2)	14 (7.4)	43 (7.9)	0.7 (.701)
12.Hapşırık sesi	7 (4.4)	9 (4.6)	7 (3.7)	23 (4.2)	0.2 (.891)
13.Öksürük sesi	13 (8.2)	27 (13.9)	11 (5.8)	51 (9.4)	7.8 (.020)
14.Boğaz temizleme sesi	68 (42.8)	86 (44.3)	41 (21.6)	195 (35.9)	26.2(.000)
15.Burun çekme sesi	63 (39.6)	83 (42.8)	46 (24.2)	192 (35.4)	16.3(.000)
16.Parmak çılatma sesi	15 (9.4)	21 (10.8)	17 (8.9)	53 (9.8)	0.4 (.814)
17.Kaşırma sesi	14 (8.8)	20 (10.3)	12 (6.3)	46 (8.5)	2.0 (.367)
18.Saç tarama sesi	2 (1.3)	2 (1.0)	3 (1.6)	7 (1.3)	0.2 (.892)
19.Tırnak kesme sesi	9 (5.7)	14 (7.2)	9 (4.7)	32 (5.9)	1.1 (.581)
20. Musluk Su damlama	50 (31.4)	72 (37.1)	57 (30.0)	179 (33.0)	2.4 (.296)
21.Birinin "ıııı" demesi	31 (19.5)	39 (20.1)	32 (16.8)	102 (18.8)	0.7 (.689)
22.Nabız/kalp sesi	11 (6.9)	17 (8.8)	12 (6.3)	40 (7.4)	0.9 (.635)
23.Karatahtaya tebeşir	58 (36.5)	42 (21.6)	23 (12.1)	123 (22.7)	29.5(.000)
24.Fısıltıyla konuşma sesi	21 (13.2)	24 (12.4)	12 (6.3)	57 (10.5)	5.5 (.064)
25.Kurşun/fosforlu kalem	21 (13.2)	34 (17.5)	3 (1.6)	58 (10.7)	27.1(.000)
26.Bebek ağlaması	58 (36.5)	26 (13.4)	15 (7.9)	97 (18.2)	52.2(.000)
27.Anahtar/para/tespîh	27 (17.0)	45 (23.2)	32 (16.8)	104 (19.2)	3.2 (.203)
28.Poşet hışırtısı	19 (11.9)	32 (16.5)	18 (9.5)	69 (12.7)	4.4 (.112)
29.Beyaz eşya köpükleri	36 (22.6)	46 (23.7)	18 (9.5)	100 (18.4)	15.6(.000)
30.Mouse/fare tıklama	11 (6.9)	6 (4.6)	1 (0.5)	21 (3.9)	10.0(.007)
31.Klavye tıkırtısı	13 (8.2)	19 (9.8)	1 (0.5)	33 (6.1)	16.2(.000)
32.Mesajlaşma sesleri	22 (13.8)	24 (12.4)	8 (4.2)	54 (9.9)	11.0(.004)
33.Basmalı kalem çıtıtı	8 (5.0)	13 (6.7)	7 (3.7)	28 (5.2)	1.8 (.408)
34.Karasinek/sivrisinek	89 (56.0)	89 (45.9)	56 (29.5)	231 (43.1)	25.7(.000)
35.Tabağa sürten çatal	67 (42.1)	60 (30.9)	30 (15.8)	157 (28.9)	29.8(.000)
36.Kulaklıktan gelen müzik	36 (22.6)	32 (16.6)	8 (4.2)	76 (14.0)	26.0(.000)
37.Komşudan gelen sesler	46 (28.9)	45 (23.3)	22 (11.6)	113 (20.9)	16.7(.000)
38.Kitap/gazete sayfa	12 (7.5)	14 (7.3)	6 (3.2)	32 (5.9)	4.0 (.136)
39.Havlama sesi	21 (13.2)	26 (13.5)	21 (11.1)	68 (12.5)	0.6 (.741)
40.Spor ayakkabıları	20 (12.6)	21 (10.9)	13 (6.8)	54 (10.0)	3.5 (.178)
41.Flüoresan	27 (17.0)	37 (19.2)	17 (8.9)	81 (14.9)	8.6 (.014)
42.Çaydanlık fokurdama	7 (4.4)	13 (6.7)	5 (2.6)	25 (4.6)	3.7 (.158)
43.Saat tik takı	40 (25.2)	50 (25.9)	29 (15.3)	119 (22.0)	7.6 (.022)
44.Buruşturulan kağıt	9 (5.7)	12 (6.2)	10 (5.3)	31 (5.7)	0.2 (.922)
45.Diliyle diş temizleme	49 (30.8)	63 (32.6)	41 (21.6)	153 (28.2)	6.5 (.038)
46.Bilgisayar/klima	13 (8.2)	25 (13.0)	15 (7.9)	53 (9.8)	3.4 (.180)
47.Elektrikli süpürge sesi	43 (27.0)	33 (17.1)	22 (11.6)	98 (18.1)	14.2(.001)
48.Karda yürüme sesi	2 (1.3)	5 (2.6)	0 (0.0)	7 (1.3)	5.0 (.080)
49.Topuklu ayakkabı sesi	23 (14.5)	36 (18.7)	23 (12.1)	82 (15.1)	3.3 (.195)
50.Gıcırdayan kapı	41 (25.8)	55 (28.5)	38 (20.0)	134 (24.7)	3.9 (.146)

Tablo 5.10’da katılımcıların eğitim durumlarına göre (eğitimsiz ve ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite ve yüksekokul) gruplara ayrılmasının ardından mizofonik seslerden rahatsız olma oranları görülmektedir. Tablo incelendiğinde MBL’deki 50 maddenin 43’ünde eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, yedisi ise farklı bulunmuştur. Bu yedi sesten altısında ilkokul mezunu ya da daha az eğitim almış bireylerin daha yüksek eğitilmiş gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **daha az oranda** rahatsız olma bildirdikleri saptanmıştır (ağız ve buruna ait nefes sesleri, çay ve kahve hüpürdetme sesi, kara tahtaya tebeşir sürtülmesi, karasinek ve sivrisinek sesleri, tabağa sürten çatal kaşık sesleri, floresan lambanın yanıp sönmesi). Topuklu ayakkabı sesinden rahatsız olma konusunda yüksekokul ve üniversite mezunu grubun diğer gruplara oranla daha az oranda rahatsız olma bildirdikleri görülmektedir. Eğitimle ilgili gruplar arasında farklılığın çok belirgin olmadığı söylenebilir.

Tablo 5.10. MBL maddelerinin eğitim gruplarına göre dağılımı

Mizofonik Belirti	İlkokul ve öncesi N (%)	Ortaokul Mezunu N (%)	Lise Mezunu N (%)	Üniversite Üzeri N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq p
1.Yemek/çiğneme/şapırtı	63 (36.0)	47 (48.0)	59 (50.0)	65 (43.4)	235 (43.3)	7.4 (.118)
2.Sakız çiğneme	48 (27.4)	31 (18.1)	41 (34.7)	51 (29.8)	171 (31.5)	2.3 (.516)
3.Çekirdek çitleme	23 (13.1)	20 (20.4)	21 (17.8)	26 (17.2)	90 (16.)	2.7 (.440)
4.Şeftali/armut/elma	18 (10.3)	14 (18.7)	18 (15.3)	25 (16.6)	75 (13.8)	3.0 (.391)
5.Salatalık/havuç	17 (9.7)	15 (15.3)	19 (16.1)	20 (13.2)	71 (13.1)	3.1 (.374)
6.Ağız ve buruna ait nefes	27 (15.4)	30 (30.6)	31 (26.3)	28 (18.5)	116 (21.4)	11.1 (.011)
7.Sigara çekme sesi	21 (12.0)	13 (13.3)	16 (13.6)	11 (7.3)	61 (11.3)	3.5 (.320)
8.Çay kahve höpürdetme	42 (24.0)	39 (39.8)	40 (33.9)	48 (31.8)	169 (31.2)	8.0 (.045)
9.İslık sesi	18 (10.3)	8 (8.2)	16 (13.6)	17 (11.3)	59 (10.9)	1.7 (.636)
10.Horlama sesi	71 (40.6)	47 (48.0)	62 (52.5)	75 (49.7)	255 (47.0)	4.8 (.185)
11.Hıçkırık sesi	16 (9.1)	8 (8.2)	7 (5.9)	12 (7.9)	43 (7.9)	1.0 (.800)
12.Hapşırık sesi	10 (5.7)	3 (3.1)	5 (4.2)	5 (3.3)	23 (4.2)	1.6 (.661)
13.Öksürük sesi	16 (9.1)	12 (12.2)	11 (9.3)	12 (7.9)	51 (9.4)	1.3 (.725)
14.Boğaz temizleme sesi	57 (32.6)	43 (43.9)	43 (36.4)	51 (33.8)	194 (35.8)	3.9 (.276)
15.Burun çekme sesi	50 (28.6)	42 (42.9)	45 (38.1)	54 (35.8)	191 (35.2)	6.4 (.096)
16.Parmak çıtlatma sesi	15 (8.6)	8 (8.2)	11 (9.3)	19 (12.6)	53 (9.8)	2.0 (.582)
17.Kaşımaya sesi	14 (8.0)	13 (10.2)	7 (5.9)	15 (9.9)	46 (8.5)	1.8 (.610)
18.Saç tarama sesi	3 (1.7)	1 (1.0)	1 (0.8)	2 (1.3)	7 (1.3)	0.5 (.922)
19.Tırnak kesme sesi	7 (4.0)	8 (8.2)	7 (5.9)	9 (6.0)	31 (5.7)	2.1 (.558)
20. Musluk Su damlama	47 (26.6)	30 (30.6)	45 (38.1)	55 (36.4)	177 (32.7)	5.4 (.142)
21.Birinin "ıııı" demesi	25 (14.3)	23 (23.5)	22 (21.8)	31 (20.5)	101 (18.6)	4.1 (.256)
22.Nabız/kalp sesi	14 (8.0)	7 (7.1)	7 (5.9)	11 (7.3)	39 (7.2)	0.5 (.929)
23.Karatahtaya tebeşir	19 (10.9)	30 (30.6)	33 (28.0)	40 (26.5)	122 (22.5)	20.7 (.000)
24.Fısıltıyla konuşma sesi	16 (9.1)	12 (12.2)	15 (12.7)	15 (9.9)	58 (10.7)	1.3 (.734)
25.Kurşun/fosforlu kalem	13 (7.4)	14 (14.3)	9 (7.6)	21 (13.9)	57 (10.5)	6.1 (.105)
26.Bebek ağlaması	24 (13.7)	24 (24.5)	27 (22.9)	24 (15.9)	99 (18.3)	7.2 (.065)
27.Anahtar/para/tespih	27 (15.4)	21 (21.4)	22 (18.6)	34 (22.5)	104 (19.2)	3.0 (.390)
28.Poşet hışırtısı	29 (16.6)	11 (11.2)	10 (8.5)	19 (12.6)	69 (12.7)	4.5 (.217)
29.Beyaz eşya köpükleri	30 (17.1)	16 (16.3)	30 (25.4)	24 (15.9)	100 (18.5)	5.0 (.175)
30.Mouse/fare tıklama	5 (2.9)	4 (4.1)	5 (4.2)	7 (4.6)	21 (3.9)	0.8 (.856)
31.Klavye tıkırtısı	10 (5.7)	6 (6.1)	8 (6.8)	9 (9.0)	33 (6.1)	0.1 (.986)
32.Mesajlaşma sesleri	13 (7.4)	7 (7.1)	12 (10.2)	22 (14.6)	54 (10.0)	5.7 (.127)
33.Basmalı kalem çıtıtı	11 (39.3)	4 (4.1)	6 (5.1)	7 (4.6)	28 (5.2)	0.8 (.856)
34.Karasinek/sivrisinek	61 (34.9)	44 (44.9)	61 (51.7)	67 (44.4)	233 (43.0)	8.6 (.035)
35.Tabağa sürtlen çatal	40 (22.9)	38 (38.8)	36 (30.5)	43 (28.5)	157 (29.0)	7.9 (.048)
36.Kulaktan gelen müzik	17 (9.7)	20 (20.4)	16 (13.7)	22 (14.6)	75 (13.9)	6.1 (.107)
37.Komşudan gelen sesler	26 (14.9)	26 (26.5)	30 (25.6)	30 (19.9)	112 (20.7)	7.3 (.062)
38.Kitap/gazete sayfa	11 (6.3)	8 (8.2)	7 (6.0)	6 (4.0)	32 (5.9)	2.0 (.581)
39.Havlama sesi	20 (11.4)	16 (16.3)	17 (14.5)	15 (9.9)	68 (12.6)	2.8 (.419)
40.Spor ayakkabıları	12 (6.9)	14 (14.3)	12 (10.3)	16 (10.6)	54 (10.0)	4.0 (.262)
41.Flüoresan	15 (8.6)	15 (15.3)	36 (23.8)	36 (23.8)	81 (15.0)	15.4 (.002)
42.Çaydanlık fokurdama	11 (6.3)	5 (5.1)	2 (1.7)	7 (4.6)	25 (4.6)	3.4 (.334)
43.Saat tik takı	33 (18.9)	25 (25.5)	25 (21.4)	36 (23.8)	119 (22.0)	2.0 (.565)
44.Buruşturulan kağıt	17 (9.7)	4 (4.1)	4 (3.4)	6 (4.0)	31 (5.7)	7.7 (.054)
45.Diliyle diş temizleme	42 (24.0)	36 (36.7)	31 (26.5)	43 (28.5)	152 (28.1)	5.2 (.156)
46.Bilgisayar/klima	17 (9.7)	7 (7.1)	9 (7.7)	20 (13.2)	53 (9.8)	3.4 (.334)
47.Elektrikli süpürge sesi	23 (13.1)	23 (23.5)	29 (24.8)	22 (14.6)	97 (17.9)	9.7 (.022)
48.Karda yürüme sesi	2 (1.1)	2 (2.0)	2 (1.7)	1 (0.7)	7 (1.3)	1.1 (.780)
49.Topuklu ayakkabı sesi	31 (17.7)	21 (21.4)	16 (13.7)	13 (8.6)	81 (15.0)	9.2 (.027)
50.Gıcırdayan kapı	41 (23.4)	30 (30.6)	27 (23.1)	36 (23.8)	134 (24.8)	2.2 (.529)

Diğer gruba göre farklılık gösteren oranlar koyu işaretlenmiştir.

Tablo 5.11’de mizofoniyle ilişkili klinik özelliklerin kadın ve erkekler arasında karşılaştırması gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde sorulan soruların hepsinde kadınların erkeklere göre daha fazla oranda evet cevabı verdiği görülmektedir. Kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak fark bulunan değişkenler incelendiğinde, sorulan on üç klinik özelliğin altısında kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. Seslerden rahatsız olmayı ruhsal veya hem ruhsal hem fiziksel hastalık olarak görenlerin oranı kadınlarda %21.8, erkeklerde %11.9’dur; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bir ses çıkarmadığı halde rahatsız edici olabileceği düşünülen görüntülerin sorgulanmasında “Bacak sallayan birini gördüğünüzde rahatsız olur musunuz?” sorusu için kadın ve erkek arasında fark bulunmuştur. Erkeklerin %24.4’ü, kadınların da %35.7’si birinin otururken bacak sallamasından rahatsız olduğunu iletmiştir.

Mizofoni Belirti Listesi’ndeki seslerden rahatsız olma durumunun ne zaman başladığı (çocukluk, ergenlik dönemi, daha sonra) sorusu için erkek ve kadın arasında fark bulunmazken nasıl başladığı (kendiliğinden ya da bir olaydan sonra) sorusuna “bir olaydan sonra” cevabını verme oranı erkeklerde %9.5, kadınlarda ise %17.7 bulunmuştur. “Bu belirtilerin arttığı, azaldığı, kaybolduğu dönemler oluyor mu?” sorusu için de erkekler ve kadınlar arasında anlamlı fark saptanmıştır; değişkenlik bildirenlerin oranı erkeklerde %16, kadınlarda %26.5 bulunmuştur. Sesten rahatsız olmayı artıran bir durum var mı diye sorulduğunda erkeklerin %28’i, kadınların da %39.8’i bazı durumlarda aynı sesleri daha da fazla rahatsız edici bulduklarını söylemiştir.

Akrabalarında bazı seslerden aşırı rahatsız olma durumu sorulduğunda katılımcıların %28.3’ü evet cevabını vermiştir. Kadınlarda akrabasında mizofoni belirtisi bulunma oranı (%35) erkeklere (%19) göre anlamlı oranda fazla bulunmuştur.

Tablo 5.11. Mizofoni ile ilişkili çeşitli özelliklerin kadın ve erkek arasındaki karşılaştırması

Mizofoni ile ilişkili çeşitli klinik durumlar (Genel)		Erkek		Kadın		Toplam		Chi Sq (p)
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Sesten rahatsız olmanızı mantıksız ya da aşırı buluyor musunuz?	Hayır	130	(77.4)	186	(74.4)	316	(75.6)	0.5 (.487)
	Evet	38	(22.6)	64	(25.6)	102	(24.4)	
Seslerden rahatsız olma durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?	Hast. Değil	142	(84.5)	187	(75.4)	329	(79.1)	8.3 (.040)
	Ruhsal hast	16	(9.5)	34	(13.7)	50	(12.0)	
	Fiziksel hast	6	(3.6)	7	(2.8)	13	(3.1)	
	Her ikisi de	4	(2.4)	20	(8.1)	24	(5.8)	
Bacak sallama görüntüsünden rahatsız olur musunuz?	Hayır	127	(75.6)	160	(64.3)	287	(68.8)	6.0 (.014)
	Evet	41	(24.4)	89	(35.7)	130	(31.2)	
Eli titreyen birini görünce rahatsız olur musunuz?	Hayır	156	(92.9)	224	(90.0)	380	(91.1)	1.0 (.327)
	Evet	12	(7.1)	25	(10.0)	37	(8.9)	
Şeftali/limon yiyen gördüğünüzde rahatsız olur musunuz?	Hayır	160	(95.2)	225	(90.4)	385	(92.3)	3.4 (.067)
	Evet	8	(4.8)	24	(9.6)	32	(7.7)	
Yemek yiyen sakız çiğneyen birini görünce rahatsız olur musunuz?	Hayır	154	(91.7)	224	(75.4)	378	(90.6)	0.3 (.557)
	Evet	14	(8.3)	25	(10.0)	39	(9.4)	
Sesten rahatsız olma durumunuz ne zaman başladı?	Çocuklukta	70	(41.7)	100	(40.3)	170	(40.9)	3.2 (.204)
	Ergenlikte	34	(20.2)	36	(14.5)	70	(9.4)	
	Daha sonra	64	(36.4)	112	(45.2)	170	(40.9)	
Sesten rahatsız olma durumunuz nasıl başladı?	Kendiliğinden	152	(90.5)	205	(82.3)	357	(85.6)	5.4 (.020)
	Bir olaydan sonra	16	(9.5)	44	(17.7)	60	(14.4)	
Bu belirtilerin arttığı, azaldığı, kaybolduğu dönemler var mı?	Sabit	140	(84.3)	183	(73.5)	323	(77.8)	6.8 (.009)
	Değişken	26	(15.7)	66	(26.5)	92	(22.2)	
Rahatsızlığı artıran bir durum var mı?	Hayır	121	(72.0)	150	(60.2)	271	(65.0)	6.1 (.013)
	Evet	47	(28.0)	99	(39.8)	146	(35.0)	
Rahatsızlığı azaltan bir durum var mı?	Hayır	141	(83.9)	206	(82.7)	347	(83.2)	0.1 (.748)
	Evet	27	(16.1)	43	(17.3)	70	(16.8)	
Aynı ses uçak, sınav salonu gibi çıkamayacağınız yerde ise rahatsız olma durumunuz artıyor mu?	Hayır	74	(44.0)	105	(42.3)	179	(43.0)	1.2 (.730)
	Evet	94	(56.0)	143	(57.7)	237	(57.0)	
Seslerden rahatsız olma durumunu belirgin derecede yaşayan akrabalarınız var mı?	Hayır	183	(81.0)	202	(65.0)	385	(71.7)	16.6 (.000)
	Evet	43	(19.0)	109	(35.0)	152	(28.3)	

Tablo 5.12’de ise mizofoninin günlük yaşamı, ilişkileri etkileme ve kısıtlılığa yol açıp açmadığı ile ilgili sorulan sorular tablo halinde sunulmuştur. Bu sorular (“Bu nedenle giremediğiniz yerler var mı?”, “Bu nedenle yapamadığınız şeyler var mı?”, “İlişkilerinizde bozulmaya neden oldu mu?”, “Günününüzün ne kadarını etkiliyor?”, “Seslerden rahatsız olma durumu hayatınızı ne kadar etkiliyor?”) için sadece kadın erkek farkına bakılmıştır. Mizofoni tanısı koymada kullandığımız ölçütlerin bir kısmı bu soruları içerdiği için mizofonisi olan ve olmayan gruplarda bu fark incelenmemiştir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %14.6’sının rahatsız olduğu için sesle ilişkili bazı yerlere giremediği, %11.8’inin bazı işlerini yapamadığı, %9.4’ünün bu durum nedeniyle bazı ilişkilerinin bozulduğu, %12’sinin günde bir saatten fazla zamanını

rahatsız olduğu seslerden kaçma/engellemeye çalışma/başa çıkmaya çalışma gibi nedenlerle sesler tarafından etkilendiğini saptanmıştır. Bu değişkenler açısından kadın ve erkek arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Seslerden rahatsız olma durumunun hayatını etkileme derecesini “orta” veya “çok” olarak belirtenlerin oranı %15.3 bulunmuştur. Hayatının etkilendiğini bildiren kadınların oranı erkeklerden anlamlı düzeyde fazladır.

Tablo 5.12. Mizofoninin hayatı etkilemesi açısından kadın erkek arası farklar

Mizofoni ile ilişkili çeşitli klinik durumlar (Yaşamı etkileme)		Erkek		Kadın		Toplam		Chi Sq (p)
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Bu nedenle giremediğiniz yerler var mı?	Hayır	149	(88.7)	207	(83.1)	356	(85.4)	2.5 (.115)
	Evet	19	(11.3)	42	(16.9)	61	(14.6)	
Bu nedenle yapamadığınız şeyler var mı?	Hayır	154	(91.7)	214	(85.9)	368	(88.2)	3.2 (.075)
	Evet	14	(8.3)	35	(14.1)	49	(11.8)	
İlişkilerinizde bozulmaya neden oldu mu?	Hayır	153	(91.1)	225	(90.4)	378	(90.6)	0.1 (.807)
	Evet	15	(8.9)	24	(9.6)	39	(9.4)	
Günününüzün ne kadarını etkiliyor?	Bir saatten az	149	(88.7)	217	(87.5)	366	(88.0)	0.1 (.714)
	Bir saatten çok	19	(11.3)	31	(12.5)	50	(12.0)	
Seslerden rahatsız olma durumu hayatınızı ne kadar etkiliyor?	Hiç	111	(66.1)	118	(47.6)	229	(55.0)	17.6 (.001)
	Biraz	38	(22.6)	86	(34.7)	124	(29.8)	
	Orta	17	(10.1)	28	(11.3)	45	(10.8)	
	Çok	2	(1.2)	16	(6.5)	18	(4.3)	

Mizofoni belirti listesinde en az bir maddeye orta ya da çok puan veren 426 kişiye rahatsız edici sese maruz kaldığında hissettikleri duygular, otonomik belirtiler ve şiddeti sorulmuş ve 0 ile 3 puan arasında puanlanmıştır (Örn: iğrenme, hiç/biraz/orta/çok). Duygu ve otonomik belirtilere orta ya da daha çok puan verenlerin cinsiyete göre sayı ve oranları tablo 5.13’de verilmiştir. Korku duygusu ve otonomik belirtilerin hepsi diğer üç duyguya göre (iğrenme, öfke ve bunaltı) çok daha düşük şiddette işaretlenmiştir. Katılımcıların %93.8’i listedeki seslere maruz kalınca hiç korku hissetmediğini bildirmiştir. Hem erkek hem kadınlar için en yüksek puanları öfke almıştır. Ayrıca “Çok” seçeneğinin en fazla işaretlendiği duygu da öfke olmuştur (%27). Duygulardan iğrenme ve bunaltı, otonomik belirtilerden çarpıntı/tansiyon yükselmesi ve ağzı kuruluğu erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır.

Tablo 5.13. Sese maruz kalındığında orta veya çok şiddette belirtilen duygu ve otonomik belirti oranları

Duygular/Otonomik belirtiler	Erkek		Kadın		Toplam		Chi Sq	p
	N	%	N	%	N	%		
Korku	2	1.2	12	4.8	14	3.4	4.1	.044
İğrenme	37	22.0	81	32.5	118	28.3	5.5	.019
Öfke	70	41.7	126	50.6	196	47.0	3.2	.730
Bunaltı/daralma	27	16.1	70	28.1	97	23.3	8.1	.040
Bulanık görme	1	0.6	2	0.8	3	0.7	0.6	.805
Tansiyon çarpıntısı	1	0.6	12	4.8	13	3.1	5.9	.15
Terleme	5	3.0	10	4.0	15	3.6	0.3	.576
Nefes darlığı	3	1.8	9	3.6	12	2.9	1.2	.273
Ağız kuruluğu	1	0.6	7	2.8	8	1.9	2.6	.106

MTG ve tanı almayan gruba sese maruz kaldığında uyguladıkları kaçınma ya da başa çıkma davranışları ve bunları ne sıklıkla kullandıkları sorulmuş (Örn: Sesi duyabileceğiniz yerlere girmeme, hiç/bazen/sıkça/her zaman), sıkça ve her zaman kullandığını söyleyenlerin oranı tablo 5.14'te gösterilmiştir. Her iki cinsiyette de en nadir başvurulduğu söylenen başa çıkma davranışı alkol kullanma, en sık kullanılan başa çıkma davranışı ise ses çıkarana uyarma/susturma olarak bulunmuştur. Ses olan yere girmeme, ses olan yeri terk etme ve ses çıkarana kavga etme/saldırma davranışlarını yoğun olarak kullanma oranları kadında erkeğe göre yüksek bulunmuştur. Diğer maddelerde anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 5.14. Sese maruz kalındığında kullanılan başa çıkma ve kaçınma davranışları açısından kadın ve erkek arası farklar

Başa çıkma davranışları	Erkek		Kadın		Toplam		Chi Sq	p
	N	%	N	%	N	%		
Ses olan yere girmeme	23	14.6	54	23.8	77	20.1	4.8	(.028)
Ses olan yeri terk etme	42	26.3	87	36.9	129	32.6	4.9	(.027)
Ses çıkarana uyarma/susturma	79	48.2	129	53.5	208	51.4	1.1	(.290)
Kavga etme/saldırma	8	5.2	27	12.3	35	9.4	5.4	(.020)
Sesi bastırarak gürültü çıkarma	13	8.2	16	7.1	29	7.6	0.2	(.684)
Kulak tıkacı takma	3	1.9	8	3.6	11	2.9	0.9	(.342)
Kulaklıkla müzik dinleme	9	5.7	18	7.9	27	7.0	0.7	(.408)
Dikkatini sestenden uzaklaştırmaya çalışma	35	21.7	63	26.6	98	24.6	1.2	(.271)
Uyku ilacı/sakinleştirici alma	0	0	2	0.9	2	0.5	1.4	(.238)
Sigara kullanma	5	3.2	10	4.3	15	3.9	0.3	(.566)
Alkol kullanma	0	0	0	0	0	0		
Çay/kahve tüketme	1	0.6	8	3.5	9	2.3	3.3	(.71)
Diğer başa çıkma davranışları	2	1.2	9	3.8	11	2.7	2.3	(.128)

Çalışmada sorgulanandan başka başa çıkma davranışlarının olup olmadığı sorulduğunda üç katılımcı televizyonun sesini açtığını, üç katılımcı da kendini meşgul ettiğini (ev işleri, bilgisayar oyunları, yanındaki biriyle konuşmak) söylemiştir.

Çalışmada bütün katılımcılara verilen psikopatolojiyi değerlendirmeye yönelik ölçeklerden alınan ortalama puan, standart sapma ve p değerlerinin erkek ve kadınlara ait verileri Tablo 5.15'te verilmiştir. Beck Depresyon ölçeğinde kadınlar anlamlı derecede daha yüksek puanlar almış, diğer ölçekler açısından fark saptanmamıştır.

Tablo 5.15. Çalışmada verilen ölçeklerden alınan puan ortalamaları

	Erkek (N=228)		Kadın (N=315)		Toplam (N=543)		p
	Puan	SS	Puan	SS	Puan	SS	
MOKSL	12.8	7.2	14.5	7.2	13.8	7.2	.914
OKKB-TA	5.6	2.35.	5.6	2.4	5.6	2.4	.481
OTT	9.9	5.7	1.3	5.9	10.1	5.8	.671
BDÖ	7.2	7.5	11.6	9.8	9.7	9.2	.000

Elli soruluk Mizofoni Belirti Listesi'ndeki sorulardan alınan toplam puan hesaplanmıştır. Alınabilecek en düşük puan (bütün sesler için hiç rahatsız olmama durumu) 0, en yüksek puan (bütün seslerden çok şiddetli rahatsız olma durumu) ise 150'dir. Puanların araştırma değişkenleriyle ilişkisi Tablo 5.16'da verilmiştir. MBL toplam puanı kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Geçmişte psikiyatrist ya da psikologa gidenlerin MBL'den aldıkları puanlar gitmeyenlere göre daha yüksektir. 51 yaş üstü grubun diğer yaş gruplarından daha düşük, ilkokul ve öncesi grubun ise diğer eğitim gruplarından daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 5.16. MBL toplam puanının farklı klinik ve demografik değişkenlerle ilişkisi

Mizofoni Toplam Puanı		N	Ortalama puan	Standart Sapma	p
Cinsiyet	Erkek	228	23.9	20.6	.001
	Kadın	315	31.8	25.7	
Yaş	≤30	159	33.2	23.1	.000
	31-50	186	32.7	25.4	
	≥51	191	20.4	20.7	
Eğitim	İlkokul ve öncesi	175	23.8	24.9	.016
	Ortaokul mezunu	98	32.1	24.1	
	Lise mezunu	118	30.5	23.0	
	Üniversite ve üzeri	151	29.9	23.0	
Psikiyatrya gitme durumu	Gitmiş	379	26.5	23.4	.005
	Gitmemiş	163	32.8	24.6	
Medeni durum	Evli değil	192	30.3	22.8	.202
	Evli	352	27.6	24.6	
Belirtilerin başlama şekli	Kendiliğinden	357	34.9	22.9	.887
	Bir olaydan sonra	60	34.4	22.0	
Belirtilerin başlama zamanı	Çocukluktan beri	240	35.7	23.1	.401
	Bir olaydan sonra	176	33.7	22.4	
Baskın kullanılan el	Sağ eli	491	28.9	24.2	.278
	Solak/her iki eli	52	25.1	22.6	
Mesleki durum	İşsiz	359	27.3	23.4	.108
	Çalışıyor	185	30.8	25,0	

Mizofoni toplam puanının demografik özellikler ve klinik ölçeklerle ilişkisi (korelasyonu) Tablo 5.17’de gösterilmiştir. Aynı tabloda tanımlayıcı tablolarda kategorik olarak kullanılan yaş, eğitim ve gelir değişkenleri sürekli değişken olarak eklenmiştir. Kategorik değişkenlerin kullanıldığı Tablo 5.9’u doğrular şekilde yaş arttıkça mizofoni toplam puanının anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve aylık gelir yükseldikçe mizofonik seslere karşı rahatsız olma düzeyinin arttığı saptanmıştır. Eğitimle ilgili bulgu bir önceki tabloda görülen sonuçla çelişir görünmektedir. Verilen Beck depresyon ölçeği, Otizm spektrum bozukluğunu tarayan soru listesi, Obsesif Kompulsif kişilik bozukluğu tarama anketi ve Maudsley Obsesif Kompulsif soru listesi ölçeklerinin hepsinde ölçeklerden alınan puanlar arttıkça hem toplam grupta, hem de erkek ve kadınlarda mizofoni şiddetinin anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiştir. Tablo incelendiğinde göze çarpan en büyük farklılıklar mizofoni toplam puanının Otizm spektrum bozukluğu tarama anketi puanlarıyla korelasyonunun erkeklerde kadınlara

oranla daha yüksek olması, mizofoni puanının Beck depresyon puanıyla korelasyonunun ise kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olmasıdır.

Tablo 5.17. Mizofoni toplam puanının yaş, eğitim durumu, aylık gelir ve çalışmada verilen klinik ölçeklerle ilişkisi

Demografik özellik ve ölçekler	Mizofoni Belirti Listesi Toplam Puanı					
	Erkek		Kadın		Toplam	
	r	p	r	p	r	p
Kişinin Yaşı	-.263	.000	-.322	.000	-.283	.000
Eğitim Durumu	.192	.004	.118	.037	.113	.008
Aylık Gelir (Hane)	.150	.029	.118	.043	.117	.008
BDÖ toplam p.	.239	.000	.302	.000	.306	.000
OTT toplam p.	.451	.000	.295	.000	.351	.000
OKKB-TA toplam p.	.331	.000	.338	.000	.331	.000
MOKSL toplam p.	.414	.000	.342	.000	.378	.000

5.3. Mizofoni Tanısı Alan Grup ile İlişkili Bulgular

Yöntem bölümünde (bkz. Bölüm 4.6 Mizofoni tanısı) belirtilen ölçütler 543 kişiden oluşan bütün katılımcılara uygulandığında, her üç ölçütü de karşılayarak (belirgin rahatsız eden en az bir mizofonik ses, belirgin duygusal/fizyolojik tepkinin varlığı, gündelik hayatın belirgin oranda etkilenmesi/kaçınmaya yol açması) mizofoni tanısı alan 42 kişi saptanmıştır. Bu yöntemle örneklemin %7.7'sine mizofoni tanısı konmuş olmaktadır.

543 kişiden oluşan örneklemden Mizofoni Belirti Listesi'ndeki seslerin hiçbirinden rahatsız edici düzeyde etkilenmeyen 117 kişi (%21.5) çıkarıldıktan sonra, en az bir sesi rahatsız edici bulan 426 kişilik grup daha önce yöntemde belirtildiği gibi (bkz. Şekil 4.3) mizofoni tanısı alan 42 kişilik grup (bundan sonra mizofoni tanı grubu=MTG olarak kısaltılacaktır) ve mizofoni belirtisi olan ancak tanı almayan grup (N:383) olarak iki gruba ayrılmıştır. Bu bölümde mizofoni ile ilişkili olabilecek klinik ve demografik değişkenler mizofoni tanısı alan ve almayan kişilerde karşılaştırılacaktır.

MTG ile tanı almayan grup karşılaştırıldığında, yaş grubu, medeni durum, kullanılan el, çınlama olup olmaması açısından fark bulunmamıştır. Tanı almayanlarda

solak/her iki elini kullanma oranı %9.4'ken mizofonisi olanlardan sadece biri (%2.4) solak olduğunu bildirmiştir, ancak aradaki fark anlamlı değildir. Cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından ise iki grup arasında anlamlı farklar olduğu görülmektedir. Tanı almayanlarda kadınların oranı %57 iken, mizofoni tanısı alanlarda bu oran %78 bulunmuştur. Ayrıca mizofonisi olanlarda ilkökul ve ortokul mezunu oranı daha fazlayken, tanı almayanlarda lise ve üniversite mezunu oranı daha fazla bulunmuştur (Tablo 5.18).

Tablo 5.18. MTG ile tanı almayan grubun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

Mizofoni ile ilişkili çeşitli klinik durumlar (Sosyodemografik özellikler)		Mizofonisi olmayanlar N (%)	Mizofonisi olanlar N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq (p)
Cinsiyet	Erkek	162 (42.1)	9 (21.4)	171 (5.3)*	6.7 (.010)
	Kadın	223 (57.9)	33 (78.6)	256(12.9)*	
Yaş	≤30	129 (33.9)	15 (36.6)	144 (34.2)	0.1 (.942)
	31-50	137 (36.1)	14 (34.1)	151 (35.9)	
	>50	114 (30.0)	12 (29.3)	126 (29.9)	
Eğitim durumu	Eğitimsiz	12 (3.1)	1 (2.4)	13 (3.1)	19.7 (.001)
	İlkokul	88 (23.0)	20 (47.6)	108 (25.4)	
	Ortaokul	66 (17.2)	11 (26.2)	77 (18.1)	
	Lise	100 (26.1)	2 (4.8)	102 (24.0)	
	Üniversite	117 (30.5)	8 (19.5)	125 (29.4)	
Medeni hal	Evli değil	146 (37.9)	15 (35.7)	161 (37.7)	0.8 (.779)
	Evli	239 (62.1)	27 (64.3)	266 (62.3)	
Baskın olarak kullanılan el	Sağ eli	348 (90.6)	41 (97.6)	378 (91.3)	2.3 (.126)
	Solak/her iki el	36 (9.4)	1 (2.4)	37 (8.7)	
Çınlama var mı	Hayır	336 (61.5)	23 (54.8)	378 (90.6)	0.7 (.399)
	Evet	148 (38.5)	19 (45.2)	167 (39.2)	
İşitmenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?	Herkes gibi	246 (64.1)	24 (57.1)	270 (63.4)	3.8 (.150)
	Daha iyi işitiyor	74 (19.3)	6 (14.3)	80 (18.8)	
	Daha az işitiyor	64 (16.7)	12 (28.6)	76 (17.8)	

*Erkek ve kadınların içindeki mizofoni tanısı alanların oranı verilmiştir.

Tablo 5.19'da ise katılımcıların, durumlarını tanımlama ve içgörü konusunda farkları gösterilmiştir. Hasta grubun %38.1'i bu durumu ruhsal hastalık veya hem ruhsal, hem bedensel hastalık olarak tanımlarken, diğer grupta sadece %15.5'i sadece ruhsal ya da ruhsal ve bedensel hastalık olarak tanımlamaktadır. Ayrıca mizofoni

tanısı alanlar, hem bedensel hem de ruhsal sağlıklarını diğer gruptan daha kötü olarak değerlendirmişlerdir. Bir fark da seslerden rahatsız olma şikâyeti için tedavi başvurusu oranlarındadır. 384 kişilik tanı almayan gruptan 1 kişi, 42 kişilik mizofoni grubundan ise dört kişi yardım arayışında bulunduğunu iletmiştir. Tedavi için başvuranlardan iki kişi bu şikâyetler için psikiyatriste, bir kişi psikologa bir kişi başka uzmana ve bir kişi de hocaya başvurduğunu iletmiştir.

Tablo 5.19. MTG ile tanı almayan grubun içgörü, algılayış ve tedavi başvurusu açısından karşılaştırması

Mizofoni ile ilişkili çeşitli klinik durumlar (içgörü ve algı)		Mizofoni olmayanlar N (%)	Mizofonisi olanlar N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq (p)
Sesten rahatsız olmanızı mantıksız ya da aşırı buluyor musunuz?	Hayır	289 (76.9)	27 (64.3)	316 (75.6)	3.2 (.072)
	Evet	87 (23.1)	15 (35.7)	102 (24.4)	
Seslerden rahatsız olma durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?	Hast. Değil	306 (81.8)	23 (54.8)	329 (79.1)	16.8 (.001)
	Ruhsal hast	39 (10.4)	11 (26.2)	50 (12.0)	
	Fiziksel hast	10 (2.7)	3 (7.1)	13 (3.1)	
	Her ikisi de	19 (5.1)	5 (11.9)	24 (5.8)	
Bedensel sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok iyi	61 (16.0)	2 (4.8)	63 (14.9)	8.5 (.037)
	İyi	205 (53.7)	19 (45.2)	224 (52.8)	
	Orta	95 (24.9)	18 (42.9)	113 (26.7)	
	Kötü	21 (5.5)	3 (7.1)	24 (5.8)	
Ruhsal sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Çok iyi	71 (18.6)	3 (7.1)	74 (17.1)	16.6 (.001)
	İyi	186 (48.7)	12 (28.6)	198 (46.7)	
	Orta	97 (25.4)	21 (50.0)	118 (27.8)	
	Kötü	28 (7.3)	6 (14.3)	34 (8.0)	
Daha önce psikiyatriste ya da psikologa gittiniz mi?	Hayır	266 (69.5)	25 (59.5)	291 (68.5)	1.7 (.189)
	Evet	117 (30.5)	17 (40.5)	134 (31.5)	
Mizofoni için yardım aldınız mı?	Hayır	374 (99.7)	38 (90.5)	412 (98.8)	27.3 (.000)
	Evet	1 (0.3)	4 (9.5)	5 (1.2)	

Mizofonik kişilerin bir kısmı sesi duymasa da ses çıkaran kişiyi veya hareketi görmekten rahatsız olur. Bu durumu iki grupta karşılaştırmak amacıyla sorulan sorularla ilgili sonuçlar Tablo 5.20’de sunulmuştur. Katılımcılara sırasıyla “birinin bacak sallaması”, “elinin titremesi” “şeftali, limon yiyen birini görmek”, “yemek yiyen, sakız çiğneyen birini görmek” gibi sesini duymasa da rahatsız edici olabilecek ya da mizofonik seslerle ilişkili olabilecek bazı görüntü ve hareketlerden rahatsız olup

olmadıkları sorulmuştur Genel olarak katılımcıların %40.8'i (N:170) bazı görüntülerden rahatsız olduklarını, %59.2'si (N:247) ise ses çıkmadığı halde başka birisinin hareketlerinin görüntüsünden rahatsız olmadıklarını bildirmiştir. Tüm bu sorular için mizofoni tanısı alan ve almayan grupta anlamlı bir fark saptanmamış olsa da el titremesi dışındaki tüm görüntüler için MTG daha fazla rahatsızlık bildirmiştir (istatistik olarak eğilim). Titremeye ses eşlik etmemesi, diğer görüntülerin ses veya titreşim oluşturması düşünüldüğünde bu bulgu önem kazanmaktadır.

Tablo 5.20. MTG ile tanı almayan grubun görüntülerden rahatsız olup olmama açısından karşılaştırması

Mizofoni ile ilişkili çeşitli klinik durumlar (Görüntülerden rahatsız olma)		Mizofonisi olmayanlar		Mizofonisi olanlar		Toplam		Chi Sq (p)
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Bacak sallayan birini gördüğünüzde rahatsız olur musunuz?	Hayır	263	(70.1)	24	(57.1)	287	(68.8)	3.0 (.085)
	Evet	112	(29.9)	18	(42.9)	130	(31.2)	
Eli titreyen birini görünce rahatsız olur musunuz?	Hayır	342	(91.2)	38	(90.5)	380	(91.1)	0.01 (.876)
	Evet	33	(8.8)	4	(9.5)	37	(8.9)	
Şeftali/limon yiyen birini gördüğünüzde rahatsız olur musunuz?	Hayır	349	(93.1)	36	(85.7)	385	(92.3)	2.9 (.090)
	Evet	26	(6.9)	6	(14.3)	32	(7.7)	
Yemek yiyen sakız çiğneyen birini görünce rahatsız olur musunuz?	Hayır	343	(91.5)	35	(83.3)	378	(90.6)	2.9 (.086)
	Evet	32	(8.5)	7	(16.7)	39	(9.4)	

Tablo 5.21'de tanı almayan grupta mizofoninin başlangıç yaşı ve seyriyle ilgili olarak tanı alan ve almayan grup karşılaştırılmaktadır. İki grup arasında başlangıç yaşı ve biçimi (bir olaya bağlı veya kendiliğinden) açısından fark saptanmamıştır. "Sesten rahatsız olma durumunun arttığı, azaldığı, kaybolduğu dönemler oluyor mu?" sorusuna cevap olarak, değişkenlik gösterdiğini söyleme oranı gruplar arasında farklılık göstermiş, mizofonisi olmayanlarda %19 iken, mizofoni tanısı alanlarda %50'ye çıktığı bulunmuştur.

Gruplar arası farklılık gösteren bir başka soru da "sesten rahatsız olmanızı artıran bir durum var mı?" sorusu olmuştur. Bu soruya evet deme oranı mizofoni olmayan grupta %32.8, mizofonik grupta %54.8 bulunmuştur. "Sesten rahatsız olma

durumunuzu azaltan bir durum var mı?” sorusu için ise gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. “Sesten rahatsız olma durumunu belirgin derecede yaşayan akrabanız var mı?” sorusu için mizofonisi olmayan grup %30.5 oranında evet derken, mizofonisi olan grupta bu oran iki katıdır (%59.5) ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 5.21. MTG ile tanı almayan grubun mizofoninin seyri ve özellikleri açısından karşılaştırması

Mizofoni ile ilişkili çeşitli klinik durumlar (Mizofoninin seyri ve değişkenliği)		Mizofonisi olmayanlar N (%)	Mizofonisi olanlar N (%)	Toplam N (%)	Chi Sq (p)
Sesten rahatsız olma durumunuz ne zaman başladı?	Çocuklukta	155 (41.4)	15 (35.7)	170 (40.9)	1.0 (.639)
	Ergenlikte	61 (16.3)	9 (21.4)	70 (16.8)	
	Daha sonra	158 (42.2)	18 (42.9)	176 (42.3)	
Sesten rahatsız olma durumunuz nasıl başladı?	Kendiliğinden	325 (86.7)	32 (76.2)	357 (85.6)	3.4 (.067)
	Bir olaydan sonra	50 (13.3)	10 (23.8)	60 (14.4)	
Bu belirtilerin arttığı, azaldığı, kaybolduğu dönemler oluyor mu?	Sabit	302 (81.0)	21 (50.0)	323 (77.8)	21.0 (.000)
	Değişken	71 (19.0)	21 (50.0)	92 (22.2)	
Rahatsızlığı artıran bir durum var mı?	Hayır	252 (67.2)	19 (45.2)	271 (65.0)	8.0 (.005)
	Evet	123 (32.8)	23 (54.8)	146 (35.0)	
Rahatsızlığı azaltan bir durum var mı?	Hayır	313 (83.5)	34 (81.0)	347 (83.2)	0.2 (.679)
	Evet	62 (16.5)	8 (19.0)	70 (16.8)	
Aynı ses uçak, sınav salonu gibi çıkamayacağınız yerde ise rahatsız olma durumunuz artıyor mu?	Hayır	166 (44.4)	13 (31.0)	179 (43.0)	2.8 (.095)
	Evet	208 (55.6)	29 (69.0)	237 (57.0)	
Rahatsız olma durumunuz sesi çıkaran kişiye göre değişiyor mu?	Hayır	271 (72.3)	24 (57.1)	295 (70.7)	4.2 (.041)
	Evet	104 (27.7)	18 (42.9)	122 (29.3)	
Akrabalarınızda sestem rahatsız olan var mı?	Hayır	266 (69.5)	17 (40.5)	283 (66.6)	14.3 (.000)
	Evet	117 (30.5)	25 (59.5)	142 (33.3)	

Katılımcılara rahatsız oldukları sesi işittiklerinde hissettikleri duygular ve bu duyguların şiddeti sorulmuştur. MTG ve tanı almayan grubun bu açıdan karşılaştırması Tablo 5.22’de gösterilmiştir. Mizofoni tanı ölçütlerini geliştirirken “Belirgin duygusal ve/veya fizyolojik tepkinin varlığı” arandığı için (Bkz. Bölüm 4.6) MTG’de tanı almayan gruba göre daha yüksek düzeyde duygu şiddeti bulunması beklenebilir. Ancak burada dikkat çeken bulgu, MTG ile tanı almayan grup arasında korku duygusu açısından fark bulunmamış olmasıdır.

Tablo 5.22. MTG ve tanı almayan grubun sese maruz kaldığında hissettiği duyguların şiddet özellikleri

Ses duyulduğunda hissedilen duygular	Mizofonisi olmayanlar		Mizofonisi olanlar		Toplam		Chi Sq, (p)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Korku	Hiç	354 (94.4)	37 (88.1)	391 (93.8)	2.8 (.422)		
	Biraz	10 (2.7)	2 (4.8)	12 (2.9)			
	Orta	3 (0.8)	1 (2.4)	4 (1.0)			
	Çok	8 (23.1)	2 (35.7)	10 (24.4)			
İğrenme	Hiç	230 (61.3)	18 (42.9)	248 (59.5)	20.0 (.000)		
	Biraz	47 (12.5)	4 (9.5)	51 (12.2)			
	Orta	57 (15.2)	5 (11.9)	62 (14.9)			
	Çok	41 (10.9)	15 (35.7)	56 (13.4)			
Öfke	Hiç	126 (33.6)	6 (14.3)	132 (31.7)	41.0 (.000)		
	Biraz	86 (22.9)	3 (7.1)	89 (14.9)			
	Orta	78 (20.8)	4 (9.5)	82 (19.7)			
	Çok	85 (22.7)	29 (69.0)	111 (27.3)			
Bunaltı-Daralma	Hiç	244 (65.1)	15 (35.7)	259 (62.1)	42.0 (.000)		
	Biraz	60 (16.0)	1 (2.4)	61 (14.6)			
	Orta	35 (9.3)	10 (23.8)	45 (10.8)			
	Çok	36 (9.6)	16 (38.1)	52 (12.5)			

5.4. Yordayıcı Analizleri

MBL toplam puanının araştırmamızda kullandığımız birçok değişkenle pozitif veya negatif yönde korelasyonları olması beklenen bir durumdur Tablo 5.23'te MBL toplam puanını etkileyebilecek olan 10 adet demografik ve klinik değişkenin korelasyon değerleri gösterilmektedir.

Tablo 5.23. MBL Toplam Puanı ile demografik ve klinik değişkenlerin korelasyon değerleri

	r	p
Cinsiyet	.163	.000
Yaş	-.278	.000
Eğitim Düzeyi	.115	.008
Psikiyatriste Gitmiş Olmak	.120	.005
Baskın olarak kullanılan el	-.047	.271
Kulak Çınlaması	.106	.014
MOKSL	.376	.000
OKKBTA	.330	.000
OTT	.350	.000
BDÖ	.299	.000

Değişkenlerin MBL ile diğer değişkenlerden bağımsız ilişkisini saptamak, hipotezimizdeki demografik ve klinik değişkenlerin bağımsız yordama güçlerini hesaplayabilmek için birçok değişkeni birarada hesaba katan, çok değişkenli analizler gerekir. Bu amaçla bağımlı değişken olarak MBL toplam puanını, bağımsız değişken olarak da tabloda görülen 10 değişkeni kattığımız lineer regresyon analizleri yaptık.

Toplam gruptaki (N=426) sonuçlar incelendiğinde 10 değişkenin yedisinin anlamlı derecede ve bağımsız yordayıcılar olduğu görülmektedir (Tablo 5.24). Buna göre kadın olmak, genç yaş, kulak çınlamasının olması MBL toplam puanını yordamaktadır. Eğitim için pozitif yönde bir eğilim vardır. Ek olarak araştırmada

kullandığımız tüm klinik ölçekler (MOKSL, OKKB-TA, OTT, BDÖ) MBL puanını pozitif yönde yordamaktadır.

Kadınlarla erkekler arasında toplam puan ve belirti türleri açısından farklılıklar olduğu bilindiğinden, analizi kadınlar ve erkekler grupları içinde de ayrı ayrı tekrarlamamızın uygun olacağını düşündük. Sonuçlar aynı tabloda verilmiştir. Toplam gruba benzerlikler kadar farklılıklar da ilgi çekicidir. Yaş ve eğitimle ilgili sonuçlar toplam gruba benzerdir: kadınlar için de, erkekler için de yaş azaldıkça, eğitim arttıkça MBL puanı artmaktadır. Farklılıklar klinik ölçeklerde ortaya çıkmıştır: kadınlarda OKKB-TA ve BDÖ puanının yordayıcılığı toplam gruba göre daha fazla (ve anlamlı) iken, erkeklerde anlamını kaybetmektedir (erkeklerde beta değeri sıfıra yakındır). Buna karşılık OTT puanının yordayıcılığı erkeklerde artarken kadınlarda anlamını kaybetmiştir (kadınlarda beta sıfıra yakındır).

Tablo 5.24. MBL’de en az bir sestem rahatsız olan grubun Mizofoni Toplam Puanı’nı yordayan sosyodemografik ve klinik değişkenler

Mizofoni Toplam Puanı						
	Toplam		Erkek		Kadın	
	R ² : .211 F (10, 396) p: .000		R ² : .62 F (9, 212) p: .000		R ² : .62 F (9, 288) p: .000	
Yordayıcı değişkenler	β	p	β	p	β	p
Cinsiyet	.142	.003	-		-	
Yaş	-.148	.002	-.159	.009	-.229	.000
Eğitim	.097	.051	.144	.022	.120	.035
Baskın olarak kullanılan el	-.052	.247	-.065	.267	-.045	.380
Psikiyatrist/psikologa gitmiş olmak	.34	.456	.004	.943	.065	.205
Çınlama olması	.121	.011	.121	.051	.120	.023
MOKSL Toplam Puanı	.136	.016	.205	.006	.224	.021
OKKB-TA Toplam Puanı	.111	.040	.036	.610	.156	.012
OTT Toplam Puanı	.131	.013	.281	.000	.044	.470
BDÖ Toplam Puanı	.112	.031	.061	.349	.150	.006

6. TARTIŞMA

Bu araştırmada literatür taraması ve klinik gözlemler sonucu saptanmış 50 mizofonik sesin, Ankara kent merkezini temsil eden nüfusta yaygınlığı, rahatsız edicilik derecesi araştırılmıştır. Daha çok odyoloji uzmanlarının ilgi alanına giren bu rahatsızlığın ruhsal bir bozukluk olarak sınıflanması gerektiği düşüncesinden hareketle mizofoni için tanı ölçütleri önerilmiştir. Önerilen ölçütlere göre tanı alan ve almayan kişiler birçok değişken açısından karşılaştırılmıştır. Literatürde mizofonik belirtilerin yaygınlığını ve yordayıcı belirtileri bu kadar geniş ve temsil edici örnekleme araştıran başka çalışma yoktur. Bulgularımız, örneklem yapısı, mizofonik belirtilerin dağılımı ve mizofoni tanısıyla diğer değişkenlerin ilişkisi ve mizofoni yordayıcıları başlıkları altında tartışılacaktır.

6.1. Örneklemin Özellikleri

Ankara kent nüfusunu temsil eden bir nüfusa ulaşmak için daha önce denenmemiş bir yöntemle kümeli hanehalkı örnekleme seçilmiş, sonuç olarak 259 hanede 543 kişiye ulaşılmıştır. Yaş ortalaması açısından genel topluma yakın oranlar elde edilmiş olsa da cinsiyet dağılımı genel toplumdaki farklılıklar göstermektedir; kadınların oranı daha fazladır. Bunun bir nedeni örneklem büyüklüğü olabilir; daha büyük bir örnekleme oranlarının genel toplum oranlarına yaklaşması mümkün olabilirdi. Kadın-erkek farkının hedeflenen kitlede çok daha az olduğu ve toplum değerlerini yansıttığı görülmektedir. Bu da erkeklerde red oranlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Katılmayan kişilere anket uygulanmadığı için bu durumun sonuçları ne yönde etkileyeceği konusunda tahminde bulunmak güçtür. Analizlerde cinsiyet etkisi kontrol edildiği için, analize katılmayan erkeklerin sonuçları etkilemeyeceği öne sürülebilir. Gene de, ulaşılamayan kişilerin ulaşılanlarla aynı puanları alıp almayacağını, mizofoni veya başka ruhsal rahatsızlık oranlarının ne olduğunu bilmediğimiz için bu kısıtlılığı dikkate almak gerekir.

6.2. Mizofonik Belirtilerin Türü, Yaygınlığı ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Toplumda insanları ciddi derecede rahatsız eden, mizofonik nitelikte seslerin hem çok çeşitli, hem de çok yaygın biçimde görüldüğü anlaşılmaktadır. Klinikte ve araştırma sırasında görüştüğümüz hastalar, basın-yayın organlarına yansıyan mizofonik kişilerin ifadeleri ve hatta sosyal-kişisel çevremizden edindiğimiz izlenimler mizofoniklerin birçoğunun bu belirtinin bir sorun ya da hastalık olabileceğinin farkında olmadığını ortaya koymaktadır. Araştırmamız az bilinen bir hastalık grubuyla ilgili öncü bir çalışma olduğundan oluşturduğumuz ölçeği mümkün olduğunca geniş tuttuk. Ölçeğimizde literatürde sık bildirilen sakız, öksürük, şapırtı benzeri sesler olduğu gibi, az bildirilen veya hiç bildirilmeyen birçok ses de vardı. Literatürde bildirilmemiş olan poşet sesi, birinin anahtar/para/tespihle oynaması, bebek ağlaması, mesajlaşma programlarının uyarı sesleri, fısıltıyla konuşma sesi, hıçkırık gibi bazı seslerin de mizofonikler tarafından sıkça bildirildiğini gördük. Bu durum kültüre özgü olabileceği gibi, literatürdeki çalışmaların daha çok klinik örneklemeler üzerinde yapılmış olmasının sonucu da olabilir. Bu konuda önemli bir örnek durum horlama sesinin mizofoni belirtisi sayılıp sayılmayacağı konusudur. Mizofoni tanımlayan çalışmaların, klinik çalışmalar ya da olgu sunumlarının hiçbirinde horlama sesi mizofoni için tetikleyici bir ses olarak sayılmamıştır. Bunun muhtemel nedeni mizofoni tanımının “yüksek şiddette olmadığı halde rahatsız edici olan ses” şeklinde yapılması ve horlamanın bir çeşit gürültü olarak tanımlanması olabilir. Ancak çalışmamızı planlarken horlamanın ses şiddetinden bağımsız olarak birçok insanın farklı tepkiler verebileceği (örn: kişinin şiddetli horlama sesinden rahatsız olmaması, bir başkasının ufak şiddetli horlamadan aşırı rahatsız olması gibi) bu nedenle bu durumun mizofoni belirtisi olarak sayılabileceği, mizofonisi olan kişilerin horlamadan diğer insanlara göre daha rahatsız olabileceğini varsayarak horlamayı MBL’ye almayı uygun gördük. Horlama sesinin mizofoni tanısı alan hastalarda bildirilen rahatsız olma sıklığı ve şiddetinin şapırtı, sakız çiğneme gibi en sık bildirilen tetikleyici seslerle benzer oranda görülmesi, araştırmamızda sık bildirilen diğer seslerle yüksek korelasyon göstermesi gibi nedenlerle horlamanın bir mizofoni tetikleyici bir ses olduğu kanaatine varılmıştır.

Görüşmeye dahil ettiğimiz saç tarama, bilgisayarın mouse sesi gibi bir grup ses ise ya çok az kişi tarafından rahatsız edici olarak bildirilmiş, ya da “karda yürüme sesi”nde olduğu gibi hoş giden bir ses diye nitelenmiştir. Ölçeğimizin sonraki araştırmalarla geliştirme ve değiştirilmeye ihtiyaç duyduğu açıktır. İleriki çalışmalarda az bildirilen, ya da mizofonik olmayan seslerin ayıklanması, ayrıca mizofonik olan ancak ölçeğimizde yer almayan yeni seslerin (örneğin “parmakla masaya vurma”) eklenmesi ile ölçeğimizin niteliğinin artacağını düşünüyoruz. Birçok farklı mizofonik sesin bir kısmının birbirine benzer davranması, farklı demografik gruplarda farklı ses gruplarının daha sık görülmesi olasıdır. Bu nedenle gelecekte yapılması gereken bir başka çalışma ölçeğin altboyutlarının araştırılması olabilir.

6.3. Mizofoni Tanı Kategorisi Geliştirilmesi

Araştırmamızın önemli hedeflerinden biri, mizofoni için tanı ölçütleri oluşturmak ve bir kategori önermek idi. Çelişkili sonuçlar olsa da, birçok araştırmacı mizofoninin bir semptom olmaktan öte tutarlı ve istikrarlı bir semptomlar kümesi oluşturduğunu, bir hastalık tanısı olmayı hakettiğini iddia etmektedirler (Edelstein ve ark. 2013, Wu ve ark. 2014., Schröder ve ark. 2014, Cavanna ve ark. 2015). Hastalığa daha çok odyologlar ilgi gösteriyor olsa da, hastalığın birçok özelliği (özellikle, ruhsal belirtilerin yüksek oranda eşlik etmesi, ruhsal tedavilerle düzelmesi vb.) nedeniyle bir psikiyatrik bozukluk olarak sınıflanması gerektiğini düşünen araştırmacılar çoğunluktadır. Bu konuda bir çalışmacı DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sistemi mantığı ile tanı önerileri de sunmuştur (Schröder ve ark. 2013). Söz konusu tanı önerisinde dikkat çeken özellik, içgörüsü az hastaların dışlanması ve öfke dışında eşlik eden duyguların dikkate alınmamasıdır. Hem kendi çalışma bulgularımız, hem de mizofoni konusunda en çok çalışması olan Pawel Jastreboff’un bulguları (2004), içgörüsü az olan ya da hiç olmayan vakaların varlığını gösterdiği gibi, öfke dışında duyguların da sıkça bildirildiğini gösteriyor.

Bulgular bölümünde tanı kategorisi önerimizi oluştururken izlediğimiz adımlar aktarılmıştı (Bkz: Bölüm 3.6). Önerdiğimiz tanı grubunun geçerliliğini destekleyen bulgular aşağıda sıralanmıştır:

1. Tanı grubunun mizofoni toplam puanı tanı almayan gruptan belirgin olarak yüksektir.
2. Tanı alan grupta akrabalarında mizofoni olma oranı olmayanlardan anlamlı olarak fazladır. Bu da hastalığın genetik geçişi olabileceğini düşündürür. Literatürde bazı vakaların en az bir aile üyesinde mizofoni bulunduğunu belirttiğinden bahsedilse de (Cavanna 2014) olası genetik yatkınlığı telkin eden bir bulgu yoktur. Mizofoninin gelişiminde çevresel etkenler (mizofonik bir aile bireyinden belirtinin öğrenilmesi gibi) de rol oynuyor olabilir.
3. Tanı alan grupta mizofoni sorununun tedavisi için başvuru sadece mizofoni belirtisi olan gruba göre çok daha fazladır. Bu da seslerden rahatsızlık ve hayatın etkilenme derecesinin bu grupta daha fazla olduğunu düşündürür. Başvuranların %60'ının psikiyatrist veya psikologa başvurmuş olması sorunlarını ruhsal olarak algıladıklarını göstermektedir.
4. MTG'nin diğer psikopatoloji puanları tanı almayanlardan anlamlı olarak yüksektir. Ruhsal hastalık öyküsü (hemen tüm hastalıklar için) ve intihar girişimi MTG'de tanı almayan gruba göre çok daha fazladır. MTG genel sağlık durumlarını değerlendirirken ruhsal durumlarını tanı almayanlara göre çok daha kötü olarak nitelemektedir. Ayrıca MTG, diğer gruba göre bu sorunun ruhsal bir hastalık olduğunu düşündüğünü daha yüksek oranda bildirmiştir. Psikiyatriye başvurmayan mizofonik hastaların birçoğu da sorunlarını bir "takıntı" olarak tanımlamaktadır. Tüm bunlar MTG'ye diğer ruhsal sorun ve hastalıkların daha sıklıkla eşlik ettiğini göstermekte ve mizofoninin ruhsal bir bozukluk olarak sınıflanmasının daha uygun olduğunu düşündürmektedir.

Kesitsel bir çalışmanın verilerine dayanarak bir tanı kategorisi önermenin yetersiz olduğu açıktır. Önerdiğimiz kriterlere göre tanı alan kişilerin zaman içinde az çok süreklilik göstermeleri, ya da zaman içindeki seyirlerinin benzer olması, tanı kategorisi olarak geçerliliğini sağlamlaştıracaktır. İlerki araştırmalarda tanı grubumuzu oluşturan bireylerle yapılacak biyolojik çalışmalarla MTG'nin diğer gruptan farklılıklarının ortaya konması da tanı ölçütlerinin geçerliliğini destekleyecektir. Bu

nedenle bu çalışmadaki mizofoni tanı grubuna fMRI, bazı fizyolojik testler ve ayrıntılı işitme testi uygulanmasını içeren ikinci bir çalışma planlanmaktadır.

Önerdiğimiz ölçütlere göre tanı koyduğumuz hastaların örneklem grubundaki oranı %7.7dir. Bu oran literatürde bildirilen oranlardan farklıdır. Örneğin Jastreboff (2015) toplumdaki mizofoni yaygınlığını, varsayımlara dayanarak, %3.2 olarak hesaplamıştır. Önceki çalışmaların çoğu ya vaka sunumları, ya da klinik örneklem üzerine çalışmalardır. Pekçok hastalıkta olduğu gibi, klinik örnekleme çalışmak hastalığın toplumda görülen diğer biçimlerini (tedaviye başvurmamaları) dışladığı için hastalık hakkında eksik bilgi verecektir. Tedaviye başvuranlar çoğunlukla daha ağır vakalardır. Bazen, daha ağır olmasa bile, başka nedenlerle tedaviye başvurmamayan hasta grupları olabilir (durumun bir sorun olduğunu bilmemek, hangi doktora başvuracağını bilmemek gibi). Literatürde mizofoni yaygınlığı hakkında sonuç bildiren diğer çalışmada, Wu ve arkadaşları klinik olarak anlamlı derecede yoğun mizofoni belirtisi oranlarını %20 bulmuştur. Bulunan oranın yüksek olması muhtemelen araştırmanın internet üzerinden kadın ağırlıklı psikoloji öğrencileri ile yapılması ve tanı ölçütü olarak sadece kişiye sorulan şiddet derecelendirmesinin kullanılmasıyla ilgilidir.

Mizofoni tanı grubu tanı almayanlardan birçok alanda farklılaşmaktadır. Mizofoni hastaları sadece belirtisi olan (tanı almayan) gruba göre mizofoniyi daha yüksek oranlarda ruhsal hastalık olarak görmektedir. MTG'nin mizofoni belirtilerinin şiddeti zaman içinde daha çok değişkenlik gösterme (arttığı ve azaldığı dönemlerin bulunması gibi) eğilimindedir. MTG sadece belirtisi olan gruba göre mizofoni belirtilerini artıran daha çok etken bildirmektedir. Bu bulgular mizofonisi olan bireylerin belirtilerine daha çok dikkat ediyor oldukları, bu belirtilerdeki değişimleri daha çok fark ediyor olduklarını gösteriyor olabilir. Öte yandan "Seslerden rahatsız olma durumunuzu aşırı ya da mantıksız buluyor musunuz?" sorusuna mizofoni tanısı alan bireylerin yaklaşık üçte biri evet yanıtı vermiştir. Bu da mizofonide içgörünün birçok vakada olmadığını göstermektedir. Yukarıda da değinildiği gibi daha önce mizofoni için tanı ölçütleri öneren Schröder ve ark. (2013)'nin ileri sürdüğü şartlardan biri kişinin belirtileri saçma bulmasıdır. Oysa geçmiş yıllarda içgörünün var olduğu düşünülen birçok hastalık grubunda (OKB, fobiler), günümüzde önemli oranda

içgörüsüz hasta olduğu kabul edilmektedir. Aynı durum mizofoni hastaları için de söz konusu olabilir. Mizofonide tedavi amacıyla başvuru oranlarının düşük olmasının bir sebebi de bu olabilir.

Literatürde bildirilenin aksine bacak sallama, sakız çiğneme gibi görüntülerden rahatsız olma açısından tanı alanlarla diğer grup arasında fark saptanmamıştır. Öte yandan, sorulan beş görüntüden biri hariç (el titremesi görmek) diğer tüm maddelerde MTG'de oranlar daha yüksek olma eğilimindedir. Birçok hasta sakız çiğneyen birini gördüğü zaman sesi duymuş gibi olduğunu belirtmektedir. Bu durum, tetikleyici sesle ilişkili herşeyin koşullanma yoluyla zaman içinde tetikleyici hale geldiğini düşündürmektedir. Rahatsız edici olanın ritmik hareketler olmadığı da görülmektedir. El titremesindeki ritmik hareketler, ses çağrışımı yapmadığı halde, bacak sallamada çağrışım yapmasının muhtemel nedeni, bacak sallamanın (özellikle bir toplantıda-sınıfta) titreşim veya gıcırta yoluyla rahatsız edici olmasıdır. Görüntülerden rahatsız olma ile ilgili bulgular anlamlılığa yakın da olsa, sonuçların anlamlı bulunmamasının bir nedeni MTG örnekleminin küçük olması ile ilişkili olabilir.

Araştırmamızın önemli bir başka bulgusu mizofoniye eşlik eden duygularla ilgilidir. Literatürde mizofoniye genellikle öfke duygusunun eşlik ettiği bildirilmiştir. Bazı araştırmalarda ise korku ve panik hissinden de söz edilmiştir. Araştırmamızda dokuz farklı duygu ve fiziksel belirti sorguladığımız halde öfke, tiksinti ve sıkıntı dışındakiler çok düşük oranda bildirilmiştir. Özellikle korku duygusu bildirenlerin oranı öfke bildirenlerin on dörtte biridir. Literatürden farklı duyguların bildirilmiş olması farklı örneklemlerle çalışmış olmamıza bağlı olabilir. Korkunun çok az bildirilmiş olması mizofoninin fonofobiden farklı bir durum olduğu görüşünü destekleyen bir bulgudur (Jastreboff ve Jastreboff 2015).

6.4. Mizofoni Varlığı ile Demografik Değişkenlerin İlişkisi

Temel demografik değişkenlerden cinsiyet ve yaşın mizofonik belirti sayısı ve türü üzerine etkileri olduğu anlaşılmaktadır. Konuyla ilgili az sayıda çalışmada demografik risk faktörleri ile ilgili bulgu ya yoktur, ya da yaş ve cinsiyetin mizofoniyle ilişkisiz olduğu iddia edilmiştir (Wu ve ark. 2014, Cavanna ve ark. 2015). Buna karşılık,

bulgularımız hem cinsiyet hem de yaşın belirti türü, şiddeti ve sayısı ile ilgili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamız mizofonide cinsiyet ile ilişkili özellikleri gösteren ilk araştırmadır. Kadınlarda hem mizofoni belirtisi görülme oranı, hem bu belirtilerin şiddeti, hem de mizofoni tanısı oranları erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Mizofoni tanısı alan kadınlar erkeklerden 2.5 kat daha fazladır. Bu oran birçok ruhsal hastalıkta görülen kadın-erkek farkına benzerdir. Mizofoni literatürü tarandığında mizofoni-cinsiyet ilişkisi hakkında yeterli bilgi olmadığı görülmektedir. Diğer ruhsal sorunların (depresyon, OKKB vb.) kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olması mizofoninin de araştırma grubumuzdaki kadınlarda daha fazla olmasını açıklayabilir diye düşünülse de, özellikle diğer değişkenlerin etkisini kontrol eden regresyon analizleri sonucunda da cinsiyetin bağımsız etkisinin sürdüğü görülmektedir.

Schröder ve ark. (2013) ve Edelstein ve ark. (2013) 42 ve 11 kişinin alındığı çalışmalarında hastaların belirtilerinin çocukluk ve ergenliğin erken dönemlerinde başladığı vurgulanmıştır ve belirtileri erişkinlik döneminde başlayan hiçbir vaka saptamamıştır. Çalışmamızda ise katılımcıların azımsanamayacak bir bölümü (%41) şikâyetlerinin ergenlik döneminden sonra başladığını bildirmiştir. Örneklemimizde erişkin yaşta başlayan olgular olsa bile, bulgularımız yaş azaldıkça mizofonik belirtilerde artış olduğunu göstermektedir. Bu bulgu hem kadınlar hem de erkekler için geçerlidir.

Çalışmamızda haneye giren aylık gelir ve eğitim düzeyi arttıkça Mizofoni Toplam Puanının arttığı görülmektedir (iki değişkenin korelasyonu çok yüksek olduğu için gelir düzeyi regresyon analizlerine katılmamıştır). Literatürde eğitim ve gelir düzeyi ile mizofoni ilişkisi hakkında bir bilgiye rastlanmamıştır. Eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan kişilerin listedeki bazı seslere (bilgisayarın klavye/mouse sesleri, kurşun/fosforlu kalem, topuklu ayakkabı, karatahtaya tebeşir sürtme, spor ayakkabısı, bilgisayar/klima, basmalı kalem çıtçıtı, kulaklıktan gelen müzik sesleri, mesajlaşma programlarının uyarı sesleri gibi) daha eğitimsiz ve yoksul oranlara oranla daha fazla maruz kalıyor olduğu varsayılabilir. Mizofoninin oluş mekanizması hakkında bilgilerimiz çok sınırlı olduğundan bu durumun belirtilerde artışa yolaçıp

açmadığı konusunda kesin bir sonuca varmak güçtür. İkinci bir varsayım gelir ve eğitim düzeyi yüksek insanların çalıştıkları ve yaşadıkları çevrenin diğer insanlara göre genel olarak daha sessiz ve iyi yalıtılmış olmasıyla ilişkili olabileceğidir. Jastreboff ve Hazell'e göre (2004) modern toplum, insanın evrimleştiği çevredeki doğal seslerden (rüzgâr, su, yaprak, hayvan sesleri) giderek uzaklaşmıştır, günümüzdeki binalar dışsal sesleri yalıtacak şekilde yapılmaktadır. Ayrıca batı tarzı eğitimde çocuklar küçük yaşlardan beri sakin, sessiz, uyaransız bir ortamda ders çalışması ve sessiz bir ortamda uyunması gerektiği bilgisıyla büyürler. Hem ses hem de görüntü uyarılarının algılanma şiddeti arkaplandaki uyarılara göre değişir (aynı mumun ışığının karanlık bir odada daha parlak, gündüz aydınlık bir ortamda daha sönük algılanması, ya da odadaki duvar saatini daha gürültülü olan gündüz vakti duymazken gece duyabilmemiz gibi). Sessiz bir çevrede işitme sistemi algılanan uyarıyı artırır ve kortikal yapılarca daha şiddetli algılanmasına neden olur (sound amplification). Ses yalıtımlı bir odaya kapatılan ve normalde çınlama şikâyeti olmayan yüz kişinin bir süre sonra vücut seslerini (nabız, karın gurultusu, eklemlerin gıcırdaması) ve işitme sinirinin bazal bir nöral aktivitesini hissetme sonucu oluşan çınlamayı fark edebilir hale geldiklerini, bu kişilerden bir kısmının çarpıntı, bunaltı, nefes darlığı gibi panik belirtileri yaşadıkları gösterilmiştir (Heller 1953). Bu nedenle Düşük Ses Toleransı hastalarına uygulanan Çınlama Yeniden Eğitim Terapisi'nin (Tinnitus Retraining Therapy) ilk basamağında sessizlikten kaçınma önerilmekte, ikinci basamak olan ses terapisi kısmında da çeşitli doğa seslerinin kayıtlarını içeren ses jeneratörleri kullanılmaktadır. Sonuç olarak daha yüksek eğitim ve gelirli kişiler öğrencilik ve çalışma hayatı boyunca, hem çalıştıkları, hem yaşadıkları yerlerde kendilerini daha sessiz ve uyaransız bırakıyor olabilirler. Bu da bu kişilerde mizofoni belirtilerinin daha yoğun algılanıyor olmasını açıklayabilir.

6.5. Mizofoni Yordayıcıları

Çalışmamızda mizofoninin klinik ve demografik yordayıcıları saptanmıştır. Tek değişkenli analizlerde de saptanan cinsiyet, yaş ve eğitiminin birbirlerinden ve klinik değişkenlerden bağımsız olarak MBL puanını yordadığı anlaşılmaktadır. Daha genç

kişilerde, daha fazla eğitimi olanlarda ve kadınlarda mizofoni puanları daha fazladır. Araştırmada incelenen tüm ruhsal belirti grupları MBL puanlarıyla pozitif ilişkilidir. İlginç olan, kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı analizler yapıldığında ortaya çıkan farklılıklardır. OKKB puanları ve depresyonun mizofoniyle ilişkisi hemen tamamen kadın olmakla ilişkili görünmektedir. Bir diğer deyişle erkeklerde depresyon veya OKKB belirtileri olması mizofoniyle hiç ilişkili değildir. Benzer şekilde toplam grupta görülen Otistik belirtiler-MBL ilişkisi tamamen erkeklerle ilgilidir. Kadınlarda otistik belirtiler olup olmaması MBLyi etkilememektedir.

Tüm bu bulgular birarada değerlendirildiğinde erkek ve kadındaki mizofoninin farklı etyolojik kaynakları olabileceği, en azından bu durumun bir grup hasta için söz konusu olabileceği öne sürülebilir. Mizofoninin erkekler için daha çok genetik-biyolojik, kadınlar için daha çevresel-edinsel faktörlerle oluştuğunu söylemek için yeterince verimiz olmasa da bu konunun önemli bir araştırma konusu olduğunu düşünüyoruz. Araştırmamızda belirtilerin başlangıç yaşını yıl olarak soruşturmadık. Yalnızca ergenlik öncesi, çocukluktan beri olup olmadığını sorguladık. Nitekim farklılıklar anlamlı olmasa da, erkeklerde çocukluk başlangıçlı olgular kadınlardan daha fazladır. Daha büyük örneklerle yapılacak çalışmalar bu konuda değerli bilgiler sağlayacaktır.

Çınlamanın varlığı mizofoniyle ilişkili bulunmuştur. Bu durum hem kadınlar hem erkekler için geçerlidir. Jastreboff'un mizofoninin nörobiyolojisi için öne sürdüğü model ve hastaları tedavi etmek için kullandığı Çınlama Yeniden Eğitim Terapisi'nde Çınlama ve Düşük Ses Toleransı grubu hastaların ortak bir patolojiyi paylaştıkları ileri sürülmektedir (2004). Çınlamanın mizofoniye eşlik eden bir belirti mi olduğu, yoksa gelişiminde rol alan gelişimsel bir patoloji mi olduğu araştırmaya değer bir konudur.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma mizofoni alanında yapılmış en büyük örneklemlili, toplumdaki yaygınlığını inceleyen ilk ve en geniş sayıda mizofoni tanısı olan hastayı barındıran araştırmadır. Mizofoninin kadınlarda ve yüksek eğitimlilerde daha sık görüldüğü, çocukluk döneminden sonra da başlayabildiği, öfke dışında bunaltı, iğrenme gibi duyguların da sık eşlik ettiğı, içgörüsüz hastaların sık görüldüğü gibi mizofoni kliniğı ile ilişkili daha önce literatürde bahsedilmemiş birçok bulguya ait veri sunmuştur. Araştırmamızın bir önemli sonucu kadınlar ve erkeklerde mizofoninin birçok açıdan ayrıştığıdır. Bu durumun etyolojik farklılığa bağılı olup olmadığı araştırılmalıdır. Bu çalışma ile mizofoni tanısı koyma amacına yönelik, literatürdeki kısıtlılıkları taşımayan yeni tanı ölçütleri önerilmektedir. Mizofonisi olanların birçok belirtisinin ruhsal bozukluklara benziyor olması bu durumun ruhsal bir bozukluk olarak sınıflanmasının uygun olacağını düşündürmektedir. Klinisyenler klinik pratikte hem bu belirtileri sorgulamalı, hem de sese karşı toleranssız olma gibi şikâyetlerle karşılaştıklarında mizofoni olabileceğini akla getirmelidirler. Az bilinen, üstelik içgörüsü az olguların çoğunlukta olduğu bu rahatsızlığı olanların tedaviye daha çok başvurması için toplum düzeyinde farkındalığın artırılması sağlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

- Baguley DM, Andersson G (2007) *Hyperacusis: Mechanisms, Diagnosis and Therapies*. San Diego, Plural Publishing.
- Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 7: 151-169.
- Belluscio BA, Jin L, Watters V, Lee TH, Hallett M (2011) Sensory sensitivity to external stimuli in Tourette syndrome patients. *Mov Disord* 26: 2538-2543.
- Ben-Sasson A, Hen L, Fluss R ve ark. (2009) A Meta-Analysis of Sensory Modulation Symptoms in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord* 39: 1-11.
- Bernstein RE, Angell KL, Dehle CM (2013) A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: a case example. *Cogn Behav Ther* 6:e10-e13.
- Bruxner G (2015) 'Mastication rage': a review of misophonia - an under-recognised symptom of psychiatric relevance? *Australas Psychiatry*. 24 :195-7.
- Cavanna AE (2014) What is misophonia and how can we treat it? *Exp Rev Neurother* 14: 357-359.
- Cavanna AE, Seri S (2015) Misophonia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 11: 2117-23.
- Cohen AJ, Leckman JF (1992) Sensory phenomena associated with Gilles de la Tourette's syndrome. *J Clin Psychiatry* 53: 319 323.
- Dunn, W (1999) *The sensory profile: Users manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Edelstein M, Brang D, Rouw R ve ark. (2013) Misophonia: physiological investigations and case descriptions. *Front Hum Neurosci* 7: 296.

- Erol N, Savaşır I, (1988) Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı. Ankara S: 170-114.
- Ferreira GM, Harrison BJ, Fontenelle LF (2013) Hatred of sounds: misophonic disorder or just an underreported psychiatric symptom? *Ann Clin Psychiatry* 25: 271-4.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc.
- Hazen EP, Reichert EL, Piacentini JC ve ark. (2008) Case Series: Sensory intolerance as a primary symptom of pediatric OCD. *Ann Clin Psychiatry* 20: 199-203.
- Heller MF, Bergman M. (1953) Tinnitus aurium in normally hearing persons. *Ann. Otol* 62: 73-93.
- Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 6: 118-122.
- Hodgson RJ, Rachman S (1977) Obsessional-Compulsive Complaints. *Behav Res Ther* 15: 389-395.
- Jastreboff MM, Jastreboff PJ (2001) Components of decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, phonophobia. *ITHS News Lett* 2: 5-7.
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM (2003) Tinnitus retraining therapy for patients with tinnitus and decreased sound tolerance. *Otolaryngol Clin North Am* 26: 321-336.
- Jastreboff PJ, Hazell J (2004) Tinnitus Retraining Therapy: Implementing the Neurophysiological Model. New York: Cambridge University Press.
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM (2006) Tinnitus retraining therapy: a different view on tinnitus. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 68: 23-30.
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM (2014) Treatments for decreased sound tolerance (hyperacusis and misophonia). *Semin Hear* 35:105–120.

- Jastreboff PJ, Jastreboff MM (2015) Decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, diplacusis, and polyacusis. In: Handbook of Clinical Neurology, Vol. 129 The Human Auditory System, Chapter 21 (3rd series), G.G. Celesia and G. Hickok (eds), Elsevier.
- Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM (2000) Principles of Neural Science, 4. Baskı. ABD McGraw-Hill Companies, s. 604, s. 964.
- Kluckow H, Telfer J, Abraham S (2014) Should we screen for misophonia in patients with eating disorders? A report of three cases. *Int J Eating Disord* 47: 558-561.
- Leckman JF, Bloch MH, Sukhodolsky DG ve ark. (2013) Phenomenology of tics and sensory urges: the self under siege. Oxford University Press S. 3-25.
- Lewin AB, Wu MS, Murphy TK ve ark. (2015) Sensory over-responsivity in pediatric obsessive compulsive disorder. *J Psychopathol Behav Assess* 37: 134-143.
- Lochner C, Fineberg NA, Zohar J (2014) Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Compr Psychiatry* 55: 1513-1519.
- McGuire JF, Wu MS, Storch EA (2015) Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *J Clin Psychiatry* 76: 573-4.
- Moller AR, Langguth B, DeRidder D, Kleinjung T (2000) Textbook of Tinnitus. Springer New York Dordrecht Heidelberg London, S.14.
- Neal M, Cavanna AE (2013) Selective Sound Sensitivity Syndrome (Misophonia) in a Patient With Tourette Syndrome *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 25:E01.
- Rogers SJ, Ozonoff S (2005) Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 46: 1255-68.
- Reuter C, Oehler M (2011) Psychoacoustics of chalkboard squeaking. *J Acoust Soc Am* 130: 2545.
- Reynolds S, Lane SJ (2008) Diagnostic validity of sensory over-responsivity: a review of the literature and case reports. *J Autism Dev Disord* 38: 516-529.

- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (2014) Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri (Çev. Ed. A Bozkurt) Ankara, Güneş Tıp Kitabevi (2016) s. 14
- Schröder A, Vulink N, Denys D (2013) Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. PLoS One 1: e54706.
- Schröder A, van Diepen R, Mazaheri A ve ark. (2014) Diminished N1 auditory evoked potentials to oddball stimuli in misophonia patients. Front. Behav. Neurosci 8: 123.
- Schwartz P, Leyendecker J, Conlon M (2011) Hyperacusis and misophonia: the lesser-known siblings of tinnitus. Minn Med 94: 42-43.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H. (1990) DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID II, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi.
- Webber TA, Patricia L. Johnson BA ve ark. (2014) Pediatric misophonia with comorbid obsessive-compulsive spectrum disorders. General Hospital Psychiatry 36: 231.e1-e2.
- Webber TA, Storch EA (2015) Toward a theoretical model of misophonia. Gen Hosp Psychiatry 37: 369-370.
- Woodhouse A, Drummond PD (1993) Mechanisms of increased sensitivity to noise and light in migraine headache. Cephalgia 13: 417-421
- Wu MS, Lewin AB, Murphy TK ve Ark (2014) Misophonia: incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. J Clin Psychol. 70: 994-1007.
- Veale D (2006) A Compelling Desire for Deafness. J. Deaf Stud. Deaf Educ 11 : 369-372.

9. EKLER

EK 1: Görüşme Bataryası

FORM NO:

Yakın kaybının ruhsal etkileri ile rahatsız edici olabilen kimi seslerin ruhsal etkilerini araştıran bir tarama çalışması yapıyoruz. Lütfen aşağıdaki soruları dikkatle okuyup, içtenlikle cevaplayın. Kimlik bilgileriniz, size gerektiğinde tekrar ulaşabilmek için istenmektedir. Sizinle ilgili bilgiler bilimsel amaçla kullanılabilir, ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıntılı bilgi ve yardım için 0(312) 305 1873/1874 numaralı telefonda bana ulaşabilirsiniz.

Yukarıdaki bilgilendirmeyi okudum ve anladım, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

İmza (18 yaşından küçükse vasisinin imzası ve yakınlık derecesi:
.....

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

Nedeni

1. Meslek durumunuz:

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

1A: Çalışıyorsanız: Mesleğiniz nedir?
.....

2. Hanenizin aylık geliri yaklaşık olarak nedir?

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

3. Medeni haliniz:

1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4)Dul

4. Çocuğunuz var mı?

1) Hayır 2)Evet

4A. (Evetse) Kaç çocuğunuz var?.....

5. Şu anki telefon numaranız (ev veya cep):

.....
5A. Size ulaşmakta yardımcı olabilecek bir yakınınızın ismi ve telefonu:.....

6. Sigara kullanıyor musunuz?

1)Hayır 2)Evet, her gün 3) Evet, arada bir 4) Bıraktım

7. Alkol kullanıyor musunuz?

1)Hayır 2) Evet, haftada birkaç gün 3) Evet arada bir 4)Bıraktım

8. Madde kullanıyor musunuz?

1) Hayır 2) Evet 3) Bıraktım

8A. (evet/bıraktım ise) Hangi maddeler/ne sıklıkta/kaç yıl kullandınız?
.....

9. Aşağıdaki rahatsızlıklardan sizde olan var mı? (yuvarlak içine alınız)

1) Hayır (10'a geçin) 2)Evet

a. Şeker (diyabet)	b. Astım	c. Hipertansiyon	d. Kansızlık (anemi)	e. Epilepsi (sara)
f. Mide ülseri	g. Doğuştan sakatlık/özür	h. Guatr (hiper/hipotiroidi)	i. Miyopluk (uzağı görememe)	j. Hipermetropluk (yakını görememe)
k. Baş dönmesi	l. Akne (sivilce)	m. Sedef hastalığı (kaşıntılı, kepekli yara)	n. Aft (ağızda tekrarlayan yara)	o. Saç dökülmesi
p. Migren	r. Migren dışında başağrısı	s. Kulak çınlaması	t. Alerji	v. Kanser
y. Kalp Krizi/MI	z. Büyük Ameliyat (Majör Cerrahi)	u. Başka (belirtiniz)	u. Başka (belirtiniz)	u. Başka (belirtiniz)

9a. Hastalığın adı (birden fazla ise diğer satırları kullanınız)	9b. Teşhisi doktor mu koydu?	9c. Kaç yaşından beri var?	9d. Halen var mı? Hayır/evet
A.	Hayır evet		Hayır evet
B.	Hayır evet		Hayır evet

10. Yazarken, yemek yerken hangi elinizi kullanıyorsunuz?

1) Sağ el 2) Sol el 3) Her ikisi de eşit

11. Size göre işitmeniz nasıldır?

1) Herkes gibi 2) Diğer insanlardan daha iyi 3) Diğer insanlardan daha az işitirim

12. Kulak çınlamanız var mı?

1) Hayır (13'e geçin) 2) Evet 3) Geçmişte oldu

12A. Nasıl bir ses?.....

13. Hiç kulak burun boğaz doktoruna gittiniz mi?

1) Hayır 2) Evet (Nedeni.....)

14. a Hiç Psikiyatriste/Psikologa gittiniz mi?

1) Hayır 2)Evet

b Aşağıdaki ruhsal rahatsızlıklardan sizde olan var mı?

1) Hayır (15'e geçin) 2) Evet

a. Depresyon	b. Anksiyete/Bunaltı Hastalığı	c. Dikkat eksikliği/hiperaktivite
d. Panik Atak	e. Obsesif kompulsif bozukluk (takıntılar)	f. Bipolar (manik depresif)
g. Şizofreni	h. Yeme bozukluğu (anoreksi, bulimi)	i. Fobiler
j. Alkol/madde bağımlılığı	k. İntihar girişimi	l. Sinirsel bayılma

14a. Hastalığın adı (birden fazla ise diğer satırları kullanınız)	14b. Teşhisi doktor mu koydu?	14c. Kaç yaşından beri var?	14d. Halen var mı?
A.	Hayır evet		Hayır evet
B.	Hayır evet		Hayır evet

15. Yukarıdaki hastalıklar aile üyelerinde veya akrabalarda var mı?

1) Hayır (16'ya geçin) 2) Evet

15a. Hangileri?

15b. Kimde var?.....

16. Halen sinir ilacı (antidepresan, uyku ilacı vb) kullanıyor musunuz?

1) Hayır (17'ye geçin) 2) Evet

16a.Adları nedir?

.....

17. Genel olarak bedensel sağlığınız nasıldır?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü

18. Genel olarak ruh sağlığınız nasıldır?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü

Mizofoni Belirti Listesi (Öz & Kılıç 2014)

Aşağıda yüksek şiddette olmasa da insanları rahatsız edebilen birtakım sesler sıralanmıştır. Son bir ayda bu sesleri duyduğunuzda hissettiğiniz rahatsızlık derecesini belirtiniz. Lütfen her ifadenin karşısındaki en uygun ifadeyi (hiç, biraz, orta ya da çok) daire içine alarak belirtiniz.

Rahatsız eden ses	Rahatsız etme derecesi			
1. Yemek yeme/çiğneme/şapırtı sesleri	Hiç	Biraz	Orta	Çok
2. Sakız çiğneme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
3. Çekirdek çitleme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
4. Şeftali/armut/elma yeme sesleri	Hiç	Biraz	Orta	Çok
5. Salatalık/havuç yeme sesleri	Hiç	Biraz	Orta	Çok
6. Ağız ve buruna ait nefes sesleri	Hiç	Biraz	Orta	Çok
7. Sigara içerken duyulan nefes çekme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
8. Çay veya kahveyi hõpürdeterek içme	Hiç	Biraz	Orta	Çok
9. Islık sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
10. Horlama sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
11. Hıçkırık sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
12. Hapşırık sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
13. Öksürük sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
14. Boğaz temizleme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
15. Burun çekme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
16. Parmak çıtlatma sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
17. Kaşıma sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
18. Saç tarama sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
19. Tırnak kesme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
20. Musluk veya tavandan su damlaması	Hiç	Biraz	Orta	Çok
21. Konuşurken birinin "ııı" demesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
22. Yatınca hissedilen nabız/kalp sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
23. Karatahtaya sürten tebeşir sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
24. Fısıltıyla konuşma sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
25. Kurşun/fosforlu kalemle yazma/çizme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
26. Bebek ağlaması	Hiç	Biraz	Orta	Çok
27. Anahtarlar/parayla/tespikle oynama sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
28. Poşet hışırtısı	Hiç	Biraz	Orta	Çok
29. Beyaz eşya köpüklerinin sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
30. Bilgisayar Mouse/fare tıklama sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
31. Klavye tıkırtısı	Hiç	Biraz	Orta	Çok
32. Mesajlaşma programlarının uyarı sesleri	Hiç	Biraz	Orta	Çok
33. Basmalı kalemin çıkıt sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
34. Karasinek/sivrisinek vızıltısı	Hiç	Biraz	Orta	Çok
35. Tabağa vuran/sürten çatal bıçak sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
36. Birinin kulaklığından gelen müzik sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
37. Komşudan gelen konuşma/müzik sesleri	Hiç	Biraz	Orta	Çok
38. Kitap/gazete sayfalarının hızla çevrilmesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
39. Havlama sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
40. Spor ayakkabıların çıkardığı gıcırıtı	Hiç	Biraz	Orta	Çok
41. Yanıp sönen flüoresan lamba sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
42. Çaydanlık/tencerenin fokurdama sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
43. Saat tik takı	Hiç	Biraz	Orta	Çok
44. Buruşturulan kağıt/peçete sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
45. Diliyle dişi temizleme/dişe kaçan bir şeyi çıkarma sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
46. Bilgisayar, buzdolabı ve klima sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
47. Elektrikli süpürge sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
48. Karda yürüme sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
49. Topuklu ayakkabı sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
50. Gıcırdayan ayakkabı/kapı sesi	Hiç	Biraz	Orta	Çok
51. Diğer				

“Orta” veya “çok” diye işaretlenen soru yoksa 1. soruyu sorduktan sonra görüşmeyi sonlandırın.

1. Seslerden rahatsız olma durumunu yaşayan yakınınız var mı?

- 1) Hayır 2) Evet (kimler

2. Biraz önceki listede sizi en çok rahatsız eden/etkileyen sesleri yazınız.

A.....

B.....

3. Sesten rahatsız olmanızı mantıksız ya da aşırı buluyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet

4. Ses çıkmadığı halde başka birisinin hareketleri rahatsız eder mi?

- 1) Hayır 2) Birinin bacak sallaması 3) elinin titremesi 4) şeftali, limon yiyen birini görmek 5) yemek yiyen, sakız çiğneyen birini görmek 6) ses çıkaranları görmek 7) başka

5. Durumunuz hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1) Bir rahatsızlık olduğunu düşünmüyorum 2) Ruhsal bir rahatsızlık 3) Fiziksel bir rahatsızlık 4) Her ikisi de

6. Bu belirtiler ilk olarak ne zaman başladı?

- 1) Çocukluktan beri 2) Ergenlikten beri 3) Daha sonra (yaş?.....)

7. Bu belirtiler nasıl başladı?

- 1) Kendiliğinden/hatırlamıyorum 2) Bir olaydan sonra (belirtiniz

Bundan sonraki soruları 1. soruda sizi en çok rahatsız eden sesleri düşünerek cevaplayınız

8. Bu sesleri duyduğunuzda hissettiğiniz duygular ve vücudunuzda olan değişiklikler hakkında en uygun ifadeyi işaretleyiniz ve hangi seslerle ilişkili olduğunu yazınız.

Duygu/fiziksel belirtiler		Şiddeti		
8.1. Korku	Hiç	Biraz (.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.2. İğrenme	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.3. Öfke	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.4. Bunaltı/daralma	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.5. Bulanık görme	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.6. Tansiyon	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.7. Terleme	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.8. Nefes darlığı	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)
8.9. Ağız kuruluğu	Hiç	Biraz(.....)	Orta(.....)	Çok(.....)

9. Bu seslere maruz kaldığınızda başa çıkmakta kullandığınız yöntemleri ve verdiğiniz tepkilerin sıklığını puanlayınız.

9.1. Sesi duyabileceğiniz yerlere girmeme	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.2. Sesin olduğu ortamı terk etme	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.3. Ses çıkaran kişiyi uyarma/Sesi susturma	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.4. Sesi çıkaran kişiyle kavga etme/ saldırma	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.5. Sesi bastırarak gürültü çıkarma	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.6. Kulak tıkacı takma	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.7. Kulaklıkla müzik dinleme	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.8. Dikkatini sestten uzaklaştırmaya çalışma	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.9. Sakinleştirici/uyku ilacı alma	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.10. Sigara içme	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.11. Alkol alma	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.12. Çay/Kahve vb. içme	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman
9.13. Diğer (yazınız.....)	Uygun değil	Hiç	Bazen	Sıkça	Her zaman

10. Rahatsız olma durumu sesi çıkaran kişiye göre değişiyor mu?

1) Hayır (11'e geçin) 2) Evet

10A. Sesi kimler çıkardığında daha çok rahatsız oluyorsunuz? (Yuvarlak içine alın ve hangi ses olduğunu yazın)

1) Partner/Eş (.....)	2) Annem (.....)	3) Babam (.....)
4) Kardeşim / Kardeşlerim (.....)	5) Diğer akrabalarım (.....)	6) Tanımadığım insanlar (.....)
7) Tanıdığım insanlar (.....)	8) Sevmediğim insanlar (.....)	9) Sevdiğim insanlar (.....)

11. Bu belirtilerin azaldığı/arttığı/kaybolduğu dönemler oldu mu? Bazıları kaybolup, bazıları ekleniyor mu?

1) Hayır, hep aynı 2) Değişken, örnek veriniz

.....

12. Bu belirtileri artıran bir durum var mı? (stres, üzüntü, adet dönemi, vb.)

1) Hayır 2) Evet

13. Bu belirtileri azaltan bir durum var mı?

1) Hayır 2) Evet

14. Sesler nedeniyle giremediğiniz yerler var mı?

1) Hayır 2) Evet

15. Sesler nedeniyle yapamadığınız şeyler var mı?

1) Hayır 2) Evet

16. Bu sesler ilişkilerinizde bozulmaya neden oldu mu?

- 1) Hayır 2) Evet

17. Bu şikâyetler nedeniyle yardım aldınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet

- 17A. Kime başvurduunuz? 1) Aile hekimi/pratisyen 2) Psikolog
3)Psikiyatrist 4) Nörolog/Dahiliye/KBB Uzmanı 5)Eczacı 6) Hoca

18. Gününüzün ne kadarını bu durumla ilgili sorunlar etkiliyor?

- 1) Bir saatten az 2) Bir saatten fazla

19. Sesle ilgili rahatsızlığınız (veya kaçınmanız) hayatınızı ne kadar etkiliyor?

- 1) Hiç 2) Biraz 3) Orta 4) Çok

20. Aynı ses uzaklaşamayacağınız bir yerde olduğunda rahatsız ediciliği farklı mı?

- 1) Hayır 2) Evet



OKKB-TA

Aşağıdaki soruları okuyup size uyduğunu düşünüyorsanız **EVET**'i, uymadığını düşünüyorsanız **HAYIR**'i işaretleyiniz.

1. İşlerinizi en mükemmel şekilde yapmaya çalışırken çok zaman kaybeder misiniz? (Bu nedenle geç kaldığınız ya da işinizi bitiremediğiniz olur mu?)	EVET	HAYIR
2a. İşleri sıralı ve düzenli yapmaya önem verir misiniz?	EVET	HAYIR
2b. Ayrıntıların da önemli olduğuna inanır mısınız?	EVET	HAYIR
3a. Başkalarının, işleri aynen sizin söylediğiniz gibi yapmaları için ısrar eder misiniz?	EVET	HAYIR
3b. Sizden başka kimsenin doğru yapamayacağını düşündüğünüz için, işleri başkalarına bırakmaktan kaçınır mısınız?	EVET	HAYIR
4. Çalışmaya düşkünlüğünüz nedeniyle, arkadaşlarınıza, ailenize, ya da eğlenmeye zaman ayıramadığınız olur mu?	EVET	HAYIR
5. Karar vermekte zorlanır mısınız? Örneğin, işleri hangi sıra ile yapacağınıza karar veremediğiniz olur mu?	EVET	HAYIR
6a. Sık sık, uygunsuz bir şeyler yapmış olabileceğinizi düşünüp endişelenir misiniz?	EVET	HAYIR
6b. Çevrenizde toplum kurallarına aykırı davrananlara kızır mısınız?	EVET	HAYIR
7. İnsanlara yakınlık göstermekte zorluk çeker misiniz?	EVET	HAYIR
8. İnsanlara bir şey vermek ya da zaman ayırmak size zor gelir mi? Başkaları sizi eli sıkı bulur mu?	EVET	HAYIR
9. Eski, artık kullanmadığınız eşyaları atmakta zorlanır mısınız?	EVET	HAYIR

OTT
(Kılıç ve Öz 2014)

Aşağıdaki bazı kişilerde görülebilen kişilik özellikleri sıralanmıştır. Lütfen her bir özelliğin size ne kadar uyduğunu yandaki kutuyu işaretleyerek belirtiniz.

1. Bazı nesnelere, giysilerin tenime dokunması rahatsız eder.	hiç	biraz	orta	çok
2. Yemeklerle veya giysilerle ilgili değişmez kurallarım vardır (aşırı yemek ya da giysi seçerim).	hiç	biraz	orta	çok
3. Havadan sudan konuşmayı beceremem.	hiç	biraz	orta	çok
4. Ayrıntılara takıldığım için söyleneni anlamadığım olur.	hiç	biraz	orta	çok
5. Konuşurken karşıdakinin söze girmek istediğini veya konuşma sırasının ne zaman bende olduğunu anlamıyorum.	hiç	biraz	orta	çok
6. İnsanların görünüşündeki küçük değişiklikleri farkedemiyorum	hiç	biraz	orta	çok
7. Alıştığım günlük düzenimin bozulması huzursuz eder.	hiç	biraz	orta	çok
8. Beni dinleyen biri sıkılıyor mu memnun mu anlayamam.	hiç	biraz	orta	çok
9. Herkesin konuştuğu kalabalık ortamlarda çok huzursuz olurum	hiç	biraz	orta	çok
10. Fıkraları, şakaları anlamakta zorlanırım	hiç	biraz	orta	çok
11. Çoğu kişiye sıkıcı gelen konularda bilgi toplamayı severim (coğrafi bilgiler, araba özellikleri vb)	hiç	biraz	orta	çok
12. İnsanların duygularını (nasıl hissettiklerini) anlamak bana zor gelir.	hiç	biraz	orta	çok

MOKSL

SORULAR	DOĞRU	YANLIŞ
1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.	DOĞRU	YANLIŞ
2. Sık sık hoşla gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	DOĞRU	YANLIŞ
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm	DOĞRU	YANLIŞ
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.	DOĞRU	YANLIŞ
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
7. Değişmez kurallarım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.	DOĞRU	YANLIŞ
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.	DOĞRU	YANLIŞ
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.	DOĞRU	YANLIŞ
13. Çok fazla sabun kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.	DOĞRU	YANLIŞ
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.	DOĞRU	YANLIŞ
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.	DOĞRU	YANLIŞ
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
19. Pis tuvaletlere giremem.	DOĞRU	YANLIŞ
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.	DOĞRU	YANLIŞ
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
22. Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.	DOĞRU	YANLIŞ
25. Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.	DOĞRU	YANLIŞ
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	DOĞRU	YANLIŞ
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.	DOĞRU	YANLIŞ
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
34. Sık sık kendime bir şeyleri dert edininim.	DOĞRU	YANLIŞ
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ

EK 2: Hane Formu

Tarih

Hane no

MİZOFONİ TARAMASI

HANE REİSİ BİLGİLERİ

Adı:
Adres:
İletişim bilgisi:

KİŞİ BİLGİLERİ (Hanede yaşayan herkesi kaydediniz).					
Adı	Yaşı	Cinsiyeti E=erkek K=kadın	Hane reisine yakınlığı	Eğitim durumu	Formu kim doldurdu K= Kişi, G= Görüşmeci
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

EK 3: Bilgilendirme Formu:

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı,
Stress Araştırmaları Birimi (STAR)
Tel: 0312-3051873, Fax:0312-3101938
e-posta: star@hacettepe.edu.tr



Hacettepe University Faculty of Medicine
Department of Psychiatry
Stress Assessment and Research Unit (STAR)
Phone: 90-312-3051873-74,
Fax: 90-312-3101938
email: star@hacettepe.edu.tr

BİLGİLENDİRME FORMU

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu projeye katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz. Bu projede yer alan çalışmada yüksek şiddette olmasa da rahatsız edebilen bazı seslerin (ağız şapırdatma, çekirdek çitleme, sakız çiğneme gibi) ruhsal etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Katıldığınız bu çalışma ile ilgili bir sorunuz/sorunuz olursa bize 0(312) 305 1873- 0(312)305 1874 numaralı poliklinik telefonlarından ya da e-posta yoluyla Dr. Gökhan Öz'e gozeye@gmail.com ve Dr. Arda Bağcaz'a ardabagcaz@hotmail.com adreslerinden ulaşabilirsiniz.

EK 4: Gidilen duraklara ait numara, adres ve ulaşım bilgileri

Durak No	Durak İsmi	Adres	Ulaşım Durumu
10136	YONCA EVLERİ	Yaşamkent Mh. 3158. Cd. Yenimahalle/Ankara	5/5
10240	SU PARKI VİLLALARI	Alacaatlı Mh. Park Cd. Yenimahalle/Ankara	1/5
10258	ALACAATLI 3. DURAK	Prof. Dr. Ahmet Taner Kışlalı Mh. Ümitköy - Alacaatlı Köyü Yolu Yenimahalle/Ankara	2/5
10287	PARK DURAĞI	Koru Mh. 2432. Cd. Yenimahalle/Ankara	4/5
10475	ANKARA 85 SİTESİ	Mutlukent Mh. 2024. Cd. Çankaya/Ankara	5/5
10620	BEYSUKENT KÖPRÜSÜ	Üniversiteler Mh. 1596. Cd. Çankaya/Ankara	5/5
10627	BİLKENT KÖPRÜSÜ	Üniversiteler Mh. Bilkent Blv. Çankaya/Ankara	Site yönetimince red
10667	ÇAMLIK ARKASI	Üniversiteler Mh. Beytepe Köyü Yolu Çankaya/Ankara	Site yönetimince red
10793	AK PARTİ GENEL MERKEZİ	Söğütözü Mh. Söğütözü Cd. Çankaya/Ankara	3/5
10833	ECZA DEPOSU	Kızılırmak Mh. 1427. Cd. Çankaya/Ankara	5/5
10892	METEKSAN SAVUNMA	Üniversiteler Mh. Mh. Beytepe Köyü Yolu Çankaya/Ankara	Meskun mahal değil
11023	AHMET YILDIZ ÜNAL CAMİ	Huzur Mh. 1065. Cd. Çankaya/Ankara	5/5
11040	MAKRO MARKET	Aydınlar Mh. Sokullu Mehmet Paşa Cd. Çankaya/Ankara	5/5
11096	STÜDYO DURAĞI	Mürsel Uluç Mh. Mh. 931. Cd. Çankaya/Ankara	5/5
11136	29 MAYIS HASTANESİ	Aydınlar Mh. Dikmen Cd. Çankaya/Ankara	5/5
11227	ÇARŞI	Oran Mh. Ali Fuat Cebesoy Sk. Çankaya/Ankara	4/5
11561	ATATÜRK SPOR SALONU	Doğanbey Mh. Cumhuriyet Cd. Altındağ/Ankara	4/5
11574	DEMİRTEPE	Korkutreis Mh. Gazi Mustafa Kemal Blv. Çankaya/Ankara	4/5
11584	SELİM SİRRI TARCAN SPOR SALONU	Doğanbey Mh. Talatpaşa Blv. Altındağ/Ankara	Meskun mahal değil
11655	SIHHİYE	Doğanbey Mh. Sıhhiye Otobüs Durağı Altındağ/Ankara	Meskun mahal değil
11656	SIHHİYE	Doğanbey Mh. Sıhhiye Otobüs Durağı Altındağ/Ankara	Meskun mahal değil
12115	TÜRKAN YAMANTÜRK İLKÖĞRETİM OKULU	Ayrancı Mh. Hoşdere Cd. Çankaya/Ankara	5/5
12169	GEMİ EV	Aziziye Mh. Hoşdere Cd. Çankaya/Ankara	5/5
12225	MEŞRUTİYET CADDESİ	Meşrutiyet Mh. Karanfil Sk. Çankaya/Ankara	Meskun mahal değil
12227	ZİYA GÖKALP CADDESİ	Meşrutiyet Mh. Ziya Gökalp Cd. Çankaya/Ankara	Meskun mahal değil
12331	MEŞRUTİYET CADDESİ	Meşrutiyet Mh. Meşrutiyet Cd. Çankaya/Ankara	Meskun mahal değil
12397	CUMHURBAŞKANLIĞI LOJMANLARI	Birlik Mh. 435. Cd. Çankaya/Ankara	3/5
12848	ÇUKURANBAR MİGROS	Kızılırmak Mh. Mh. Muhsin Yazıcıoğlu Cd. Çankaya/Ankara	4/5
12854	GÜNAYDIN FIRINI	Cevizlidere Mh. Mh. Cevizlidere Cd. Çankaya/Ankara	Meskun mahal değil
20124	YENİ OLUŞUM SİTESİ	Kardelen Mh. 1969. Sk. Yenimahalle/Ankara	5/5
20175	FATİH CAMİ	Macun Mh. Mh. 204. Cd. Yenimahalle/Ankara	5/5
20230	PAZAR YERİ	Kaletepe Mh. Akgüvercin Sk. Yenimahalle/Ankara	5/5
20259	ÇINAR SİTESİ	Kaletepe Mh. Ünsal Sk. Yenimahalle/Ankara	5/5
20320	AYDOĞAN SİTESİ	Ergazi Mh. 1820. Cd. Yenimahalle/Ankara	5/5
20355	ÇİÇEKDAĞ SİTESİ	Ergazi Mh. Batıkent Blv. Yenimahalle/Ankara	5/5

20404	ÖZEN ÇARŞI	Kardelen Mh. 1969. Sk. Yenimahalle/Ankara	4/5
20609	ARABA PAZARI	Mehmet Akif Ersoy Mh. Bağdat Cd. Yenimahalle/Ankara	4/5
20611	URANKENT	Mehmet Akif Ersoy Mh. 266. Cd. Yenimahalle/Ankara	5/5
20690	DEMETKENT ERSAN KONUT SİTESİ	Anadolu Mh. Güzelyaka Cd. Yenimahalle/Ankara	3/5
20713	KIZILCAHAMAM CADDESİ	Ergenekon Mh. Kızılcahamam Cd. Yenimahalle/Ankara	2/5
20715	BARBAROS SİTESİ	Yunus Emre Mh. Kordonboyu Cd. Yenimahalle/Ankara	4/5
20817	AYVALI PAZAR YERİ	Etlik Mh. Bağcı Cd. Keçiören/Ankara	3/5
20846	ALPARSLAN CAMİ	Yükseltepe Mh. 1666. Cd. Keçiören/Ankara	5/5
21213	MEZARLIK 5. KAPI	İvedik Mh. 1566. Sk. Yenimahalle/Ankara	4/5
21544	AKSOY APARTMANI	Yayla Mh. Mh. Porsuk Sk. Keçiören/Ankara	5/5
21674	ELELE SİTESİ	İlkyerleşim Mh. Mh. 1901. Cd. Yenimahalle/Ankara	5/5
21688	ÇAMBAŞI 1. DURAK	Atapark Mh. Mh. Çambaşı Cd. Keçiören/Ankara	5/5
21713	YUVARLAKKAYA SOKAK	Atapark Mh. Mh. Yuvarlak Kaya Sk. Keçiören/Ankara	5/5
30091	ANKARA HASTANESİ	Şükriye Mh. Bentderesi Cd. Altındağ/Ankara	4/5
30105	ÖRNEK MAHALLESİ 2. DURAK	Örnek Mh. Faik Suat Cd. Altındağ/Ankara	5/5
30118	CEMAL GÜRSEL CADDESİ	Cebeci Mh. Cemal Gürsel Cd. Çankaya/Ankara	5/5
30138	MÜNZEVİLER CADDESİ SON	Abidinpaşa Mh. Münzeviler Cd. Mamak/Ankara	5/5
30250	YUKARI İMRAHOR MAHALLESİ	Ege Mh. İmrahor Cd. Mamak/Ankara	5/5
30251	AŞAĞI İMRAHOR 1. DURAK	Aşağı İmrahor Mh. İmrahor Cd. Çankaya/Ankara	5/5
30265	6. CADDE 8. DURAK	Fahri Korutürk Mh. 872. Cd. Mamak/Ankara	4/5
30301	SAMSUN YOLU	Derbent Mh. 19 Mayıs Blv. Mamak/Ankara	5/5
30412	KIBRIS CADDESİ 1. DURAK	Ön Cebeci Mh. Kıbrıs Cd. Çankaya/Ankara	4/5
30504	SAİME KADIN	Şafaktepe Mh. Saimekadın Park İçi Yolu Mamak/Ankara	5/5
30534	İMAM ALİM SULTAN CADDESİ 6. DURAK	Kutlu Mh. İmam Alim Sultan Cd. Mamak/Ankara	4/5
30702	ALTIAĞAÇ MAHALLESİ 2. DURAK	Altiağaç Mh. 206. Cd. Mamak/Ankara	4/5
31169	KUSUNLAR KÖYÜ	Kusunlar Mh. Kusunlar Köyü Yolu Mamak/Ankara	5/5
31879	AKŞEMSETTİN 2. DURAK	Durali Alıç Mh. Mh. 988. Sk. Mamak/Ankara	4/5
40014	İTRİ CADDESİ ALÇAKIŞLA DURAĞI	Uyanış Mh. İtri Cd. Keçiören/Ankara	3/5
40020	HACIKADIN PAZAR YERİ	Bademlik Mh. Yurtseven Sk. Keçiören/Ankara	3/5
40080	ADLİ TIP	Şefkat Mh. Felek Cd. Keçiören/Ankara	4/5
40154	ESKİ MECLİS	Doğanbey Mh. Cumhuriyet Cd. Altındağ/Ankara	Meskun mahal değil
40166	FATİH KÖPRÜSÜ	Gümüşdere Mh. Keçiören Kvş. Keçiören/Ankara	3/5
40249	AŞIK PAŞA CADDESİ VADİ DURAĞI	Uyanış Mh. Aşıkpaşa Cd. Keçiören/Ankara	5/5
40477	ÇAMLIDERE SOKAK 2. DURAK	Zübeyde Hanım Mh. Çamlidere Sk. Altındağ/Ankara	5/5
41140	ZAMAN GAZETESİ	Karacaören Mh. Mh. 1566. Cd. Altındağ/Ankara	3/5