

## Az Bilinen Bir Konu

Çiçek Hocaoglu<sup>1</sup>

# Misophonia: İki Olgu Sunumu

*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize - Türkiye*

### ÖZ

Az bilinen bir konu misophonia: İki olgu sunumu

Misophonia sesten nefret etme olarak tanımlanır. Özellikle diğer insanlar tarafından yapılan ağız (yemek yerken çıkan sesler, çiklet çiğneme), burun sesleri (nefes alma, koklama, üfleme) ya da parmaklarla (kalemle oynama, yazı yazma, masaya vurma) gibi özel seslere yoğun duygusal reaksiyonlarla (örneğin öfke, kaygı, tiksinti) ve kaçınma davranışı ile karakterizedir. Mizofoni günümüzde psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinden hiçbirinde yer almamıştır. Bazı yazarlar, mizofoninin yeni bir psikiyatrik bozukluk olarak görülmesi gerektiğini ileri sürmektedir. Mizofoni ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Sadece birkaç mizofoni vakası bildirilmiştir. Mizofoni nedenleri, risk faktörleri, diğer ruhsal bozukluklarla ilişkisi ve tedavi yaklaşımları tam olarak bilinmemektedir. Yakın zamanda tanımlanan mizofoni, iyi anlaşılmayan ve ihmal edilen bir durumdur. Gelecekteki çalışmalar, mizofoninin epidemiyolojisi, fenomenolojisi, nörofizyolojisi ve tedavisinin araştırılması üzerine odaklanacaktır. Bu çalışmada mizofoni yakınmaları olan iki kadın olgu sunulmuştur. Olgu sunumumuzda bu tür hastalarda tanı ve tedavi ilkeleri tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Mizofoni, ruhsal bozukluklar, tanı

### ABSTRACT

A little known topic misophonia: two case reports

Misophonia is defined as hate of sound. It is characterized with intense emotional reactions like anger, anxiety, or disgust to and avoidance behavior from special sounds such as mouth sounds while eating or chewing gum, nasal sounds like breathing, smelling or blowing or some other sounds done with fingers like playing with a pen, writing or drumming on the table, especially, made by other people. Misophonia has never been present in any of the psychiatric classification systems. Some authors suggest that misophonia should be regarded as a new mental disorder. There is limited information about misophonia. Only few cases of misophonia have been reported. The causes of misophonia, risk factors, the relationship between mental disorders and treatment of misophonia are not fully known. Misophonia is a recently described, poorly understood and neglected condition. Future studies will focus on investigating the epidemiology, phenomenology, neurophysiology, and treatment of the misophonia. Two cases of women who had complaints of misophonia are presented in this study. Principles of diagnosis and treatment in this kind of patients are discussed in our case report.

**Keywords:** Misophonia, mental disorders, diagnosis



**Bu makaleye atf yapmak için:** Hocaoglu C. A little known topic misophonia: two case reports. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2018;31:89-96. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310109>

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Çiçek Hocaoglu,  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,  
Rize, Türkiye

Telefon / Phone: +90-464-217-4274

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
cicekh@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
9 Temmuz 2017 / July 9, 2017

İlk düzeltme öneri tarihi /  
Date of the first revision letter:  
8 Ağustos 2017 / August 8, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
19 Eylül 2017 / September 9, 2017

## GİRİŞ

Sesten nefret etme olarak ifade edilen misophonia çok eski yıllardan beri bilinmekle birlikte, ilk kez 2001 yılında Jastreboff (1) tarafından tanımlanmıştır. Ancak, günümüze kadar ruh sağlığı alanında yeterince tanınmamıştır. Tırnak kesme, diş fırçalama, yemek yeme, nefes alma, koklama, konuşma, hapşırma, esneme, yürüme, sakız çiğneme, gülme, horlama, ıslık, televizyon sesi veya öksürük gibi sıradan sesler mizofoni tanılı olguların en çok rahatsız olduğu, hatta öfkelenildiği seslerdir (2,3). Bazı olgularda ayak ve vücut hareketleri gibi göz ucuyla gözlemlenebilir görsel uyarılardan

da etkilenildiği bildirilmiştir. Yoğun kaygı ve kaçınma davranışı gelişebilir, belirgin oranda işlevselliği etkileyebilir (4). Mizofoninin epidemiyolojisi, etiyojisi, klinik görünümü ve tedavisi tam olarak bilinmemektedir. Genel nüfusta yaygın oranda görüldüğü düşünülmektedir (5-7). Lise öğrencilerini içeren geniş bir örneklemler bir çalışmada %20 oranında mizofoni belirtilerinin olduğu saptanmıştır (8). Etiyojisinde nörolojik bir hastalık olabileceği öne sürülmüştür (9). Kumar ve arkadaşları (10) mizofoni tanılı olgularda anterior insulanın anormal aktivasyonuna dikkat çekmiştir. Bir başka çalışmada ise mizofonik bireylerde işitsel uyarılara artmış otonomik yanıtlar (kalp atım hızı, kan basıncı

değerlerinde artış) ile ölçülebilir deri yanıtının farklı olduğu, kafein kullanımı ile mizofoni belirtilerinin arttığı, alkol alımı ile azaldığı bildirilmiştir (4). Bu çalışmadan elde edilen deri iletkenlik tepkileri bulguları, spesifik seslerin duygusal ve fiziksel reaksiyonları yoğun bir şekilde uyandırdığı öznel raporlara nesnel bir teyit sağlamıştır. Mizofoninin belirli sesler için özgü olması, psikososyal faktörlerle ortaya çıkması, belirgin kaygı ve kaçınmaya yol açması, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, psikiyatrik yönünü desteklemektedir. Ancak, günümüze kadar olan süreçte mizofoni klinisyenlerin yeterince dikkatini çekmemiştir. Bu çalışmada mizofoni yakınmaları ile psikiyatri polikliniğimizde izlenen 2 kadın olgu sunulmuştur.

## OLGU 1

Bayan S, 29 yaşında, evli, bir çocuk annesi, araştırma görevlisi olarak çalışıyor, Giresun'a bağlı bir ilçede doğmuş, halen eşi ve çocuğu ile Trabzon'da yaşıyor. Psikiyatri polikliniğimize eşinin önerisi ile gelen hasta ve eşi ile ayrı ayrı görüşme yapıldı.

Kendisine göre yakınması; 'çabuk sinirleniyorum, öfkemi kontrol edemiyorum, moralsizlik, keyifsizlik, yaşamdan zevk almıyorum, çocuğuma bile tahammül edemiyorum, sonra yaptıklarımın dolayı pişman oluyorum, çocuğuma zarar vermektan çok korkuyorum, işe gitmek istemiyorum, uykum düzensiz, iştahım yok.'

Eşine göre ise 'ne desem yanlış anlıyor, çok titiz, alıngan, kuralcı, çok sinirli, sürekli gergin, son dönemde sinirliliği, öfke durumları çok arttı, en ufak bir sestan etkileniyor, hekime başvuru teklifimi uzun süredir kabul etmedi.'

Ergenlik döneminden bu yana titiz, kuralcı, dakik bir kişilik yapısına sahip olduğu bildirilen Bayan S, şimdiye kadar herhangi bir psikiyatrik tedavi başvurusunda bulunmamış. Ancak, bir iki aydır işe gitmek istememe, unutkanlık, moralsizlik, en ufak bir sese, gürültüye tahammül edememe, sinirlilik, iştahsızlık, kilo kaybı, gün içinde nedensiz ağlamalarının olması ailesinin dikkatini çekmiş. On gün öncesi çocuğunun bakımı için kendileri ile birlikte yaşayan annesi ile tartışan Bayan S, annesinin evden gitmesini istemiş. Eşinin tüm ikna

çabalarına rağmen annesi evden ayrılmış. Bayan S, annesinin çocuğunun yetişmesinde yanlış yöntemler kullandığını ve bu durumu kabul edemediğini, kendilerinin yetişmesinde de yanlışlar yaptığını söylüyormuş. Annesinin evden ayrılması sonrası ev işleri de kendisine kalan Bayan S, ev işlerini yapmakta, yetiştirmekte zorlanmış. Eşinin kendisine yardımcı olmadığını ve bu yüzden sık sık tartıştıklarını dile getiren Bayan S, bir hafta önce gece saatlerinde çocuğunun yaramazlık yapıp, yüksek sesle ağlamasına dayanamamış ve çocuğuna bağırıp onu itmiş. Çocuğunun bu durumundan çok korktuğunu, elleri ile kulaklarını kapadığını gören Bayan S, büyük pişmanlık yaşamış ve sessiz bir yer bulabilmek için hızla evden uzaklaşmış. Bir süre evlerinin arka sokaklarında yürüyen Bayan S, üç saat sonra eşi tarafından boş bir arazide ağlarken bulunmuş. Bayan S ile yapılan görüşmede çocukluk döneminden beri bazı seslerden rahatsızlık duyduğu, bu nedenle okula, işe giderken çoğunlukla kulaklık kullandığı öğrenildi. Hasta ilk kez 7 yaşında babasının ailece yenen bir yemekte kendisine sinirlenip bağırması sonrası başlayan, babasının yemek yerken, çay içerken çıkarttığı seslerden, daha sonra da kendileri ile birlikte yaşayan babaannesinin yemek yerken takma dişlerinin çıkarttığı seslerden etkilendiğini ve bu nedenle onlarla birlikte masaya oturmadığını ve yemeğini odasında tek başına yediğini anlattı. Özellikle yanında sakız çiğnenmesi ya da yemek yerken ağız şapırdatılmasından etkilendiği belirten Bayan S'nin bu nedenle toplu yenen yemeklere katılmadığı, son iki yıldır eşi ve çocuğu ile aynı masada yemek yiyemediği öğrenildi. Sakız çiğnenmesinden öğrendiğini belirten Bayan S, toplu taşıma araçlarına binemediğini, hatta bir keresinde Giresun-Trabzon karayolunda seyahat halinde iken, bir yolcunun sakız çiğnemesine sinirlenip, tartıştığını, bu nedenle minibüsten indiğini, belli bir mesafeyi karayolunda yürüyerek kat ettiği anlattı. İş yerinde diğer mesai arkadaşları ile aynı odayı paylaşan Bayan S'nin arkadaşları ile sakız çiğnenmesi ya da çay/kahve içimi sırasında çıkan sesler nedeniyle sık sık tartıştığı, odayı terk etmek zorunda kaldığı eşi tarafından ifade edildi. Ayrıca ergenlik yıllarından itibaren ise aşırı titizlik, temizlik uğraşlarının olduğu, babaannesinin kullandığı lavabo ve tuvaleti kullanmadığı, eşyalarının yerlerinin değiştirilmesine çok öfkelenildiği, üniversite

yıllarında ise bu nedenle yurttan kalamadığı, eşinin ailesinin 'çok temiz olmadıkları' gerekçesi ile onların evlerine gitmek istemediği, kayınvalidesinin evinde yapılan yiyecekleri yiyemediği öğrenildi.

**Öz ve Soy Geçmiş:** Üç çocuklu bir ailenin ikinci çocuğu olarak hastanede normal doğumla doğmuş. Büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun olmamış. Annesi 61 yaşında, emekli öğretmen, sağ, çocuklarına çok düşkün, sessiz, sakin bir kişiliğe sahip. Bayan S'nin annesi ile sorunlu bir ilişkisi mevcut. Babası 12 yıl önce kalp krizi nedeniyle 44 yaşında iken vefat etmiş. Okul müdürü olarak görev yapan babanın aşırı titiz, kuralcı bir kişiliğe sahip olduğu belirtildi. Bayan S'nin çocukluk ve ergenlik dönemi babanın işi nedeniyle iki ayrı ilde geçmiştir. İlkokul, orta-liseyi bu illerde bitirmiş, başarılı bir öğrencilik yaşamı olmuştur. Bayan S'nin kendisinden 4 yaş büyük ablası 3 yıl önce doğum sonrası vefat etmiş. Bayan S, ablasının cenazesi sırasında, annesinin 'en sevdiğim gitti' deyişini unutamadığını ifade etti. Diğer kız kardeşi ise 25 yaşında, evli, İstanbul'da yaşıyor. Bayan S'nin kardeşi ile ilişkisi mesafeli imiş. Üniversite yaşamını Trabzon'da tamamlayan Bayan S, şimdiki eşi ile bu dönemde tanışmış. Beş yıl önce evlenen Bayan S'nin 3 yaşında bir oğlu var. Bayan S, şimdiye kadar önemli bir sağlık sorunu yaşamamış. Ailede herhangi bir psikiyatrik ve nörolojik bir hastalık öyküsü tanımlanmadı.

### **Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları:**

Herhangi bir özellik saptanmadı.

**Ruhsal Durum Muayenesi:** Yaşında gösteren, kılık kıyafeti sosyoekonomik düzeyiyle uyumlu kadın hasta, göz teması kuruyor, kendine bakımı orta düzeyde idi. Konuşması açık, akıcı, anlaşılır, amaca yönelik, kısa cümlelerle normal volümdeydi. Affektü anksiyöz, duygudurumu çökkündü. Algılamada, zeka düzeyinde, bellek, gerçeği değerlendirme yetisinde, yargılamada patolojik bir bulgu gözlenmedi. Çağrışımları düzenli, düşünce içeriğinde temizlik, düzen, başkalarına zarar verme ve simetri ile ilgili obsesif inançları, mizofoni ile ilgili düşünceleri mevcuttu. Dışa vuran davranışlar ve benlik saygısı azalmıştı.

**Psikometrik Değerlendirme:** Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'nden (Y-BOCS) özellikle saldırganlık, olmak üzere 32 puan ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği'nden (HDDÖ) 23 puan almıştır. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nde (MMPI) ise bireyin toplum tarafından kabul görmeyen özellikler ortaya koyduğu, sorunlarının varlığını kabul etmediği, ego gücünün zayıf olduğu, mükemmeliyetçi bir tutum içinde olabileceği ve küçük şeylere hemen üzülebileceği sonuçları elde edilmiştir.

Psikiyatrik değerlendirme sonrası hastaya, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'e (DSM-5) göre major depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve DSM-5'de yer almayan mizofoni tanısı konuldu. Hastaya fluoksetin 20mg/gün başlanarak doz kademeli bir şekilde 40mg/gün olarak artırıldı. Eş zamanlı mizofoniye yönelik psikoeğitim ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulanan hastanın aile görüşmeleri ile eşi hastanın durumu ve tedavisi konusunda bilgilendirildi. BDT süreci değerlendirme ve vaka formülasyonu ile başlamış, daha sonra OKB tanısına yönelik BDT modelini içeren psikoeğitim yapılmış, hastanın belirti ve bulguları bu bağlamda değerlendirilmiştir. Mevcut yorumları ile ilgili bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri uygulanarak, maruz bırakma ve yanıt önleme tedavisinin (Exposure-Response Prevention-ERP) rasyoneli aktarılmıştır. Tedavisinin 4. ayında seslerden rahatsız olma yakınmasının kaybolduğu, eşi ile olan iletişiminin düzeldiği, işine devam ettiği öğrenildi.

### **OLGU 2**

Bayan C, 20 yaşında, bekar, üniversite öğrencisi, Trabzon doğumlu, ailesi ile aynı ilde yaşıyor.

Hasta annesi ile birlikte moralsizlik, keyifsizlik, ders çalışmama, dikkatini odaklamada zorlanma, sinirlilik, aşırı titizlik yakınmaları ile psikiyatri polikliniğimize başvurdu. İlk yakınmaları ortaokul yıllarında titizlik, sağlıklı ilgili yoğun kaygılar, ailesine kötü bir şey olacağı endişesi şeklinde başlamış. Annesi ile aynı yatakta, odada yatmak istiyor, annesinin yanından ayrılmak istemiyormuş. O dönem annesi tarafından çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine götürülen Bayan C, bir süre adını bilmediği ilacı düzenli olarak kullanmış,

yakınmaları azalmış. Lise yıllarında ise, üniversite sınavına hazırladığı sırada sınavla ilgili yoğun kaygı, sınavda başarılı olamayacağı endişesini yoğun bir şekilde yaşamış. Liseyi derece ile bitiren Bayan C, ilk girdiği sınavda istediği bölümü kazanamamış ve büyük bir hayal kırıklığı yaşamış. Bir süre evden hiç dışarı çıkmayan, arkadaşları ile görüşmeyen Bayan C, ikinci yıl girdiği sınavda istediği bölümü iyi bir puanla kazanmış. Ailesinin birlikte yaşadığı ildeki üniversitede öğrenim yaşamına başlayan Bayan C, ilk yıl okula, derslere uyum sorunları yaşamış, bütünleme ile sınıfını geçmiş. İkinci yıl dersleri takipte zorlanmış, okul başarısı düşmüş. Sürekli olarak sınavlarda başarılı olamayacağını söylüyormuş. İçme kapanma, uyku düzensizlikleri, keyifsizlik, takıntı türü düşünceleri olan hasta, annesi ile birlikte başvurduğu aynı ildeki bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmiş ve OKB tanısı ile fluoksetin 20mg/gün tedavisi önerilmiş. Takipte ilaç dozu 60mg/gün olarak düzenlenmiş. Bu tedaviyi yaklaşık 1 yıl kullanan, iştah artışı ve kilo alımı olan hastanın yakınmalarında düzelme olmamış. Bir yarıyıl okula devam etmeyen, sınavlara girmeyen hasta o yıl sınıfta kalmış. Ailesine sürekli olarak okulu bırakmak istediğini belirten hasta, kendisini arayan arkadaşları ile görüşmüyormuş. Ailesi tarafından farklı bir merkeze götürülen hastanın fluoksetin tedavisi kesilerek yerine klomipramin 100mg/gün tedavisi önerilmiş. İlacını düzenli kullanan hastanın aşırı titizlik, temizlik uğraşlarında azalma olmuş, ancak tüm yakınmaları geçmemiş. Ailesinin ve arkadaşlarının iknası ile yeniden okul kaydını yaptıran ve okula başlayan hasta 2. sınıfı ikinci yılında geçmiştir. Yaz tatilini ailesi ile Trabzon dışında geçiren hasta ilacını azaltarak kesmiş. Okulun 3. sınıfına başlayan hastanın ilk sınav için çalışmaya başladığı sırada aynı yakınmaları tekrar başlamış. Bayan C ile yapılan ikili görüşme sırasında ergenlik döneminden bu yana bazı seslerden rahatsızlık duyduğunu ve son üç yıldır bu durumun çok arttığını ve yaşamını olumsuz etkilediğini belirtti. Özellikle başkalarının sakız çiğneme, ağız şapırdatma, telefonunun mesaj sesinden, kalemlerle yazarken çıkan sestense, tespih çekilmesi, anahtarlıkla oynanması sırasında çıkan sestense rahatsızlık duyan Bayan C, ayrıca 'kuralsız çıkarılan her ses beni etkiliyor, bu nedenle evden çıkmak istemiyorum' dedi. Son 2 yıldır babasının yemek yerken

ağzını şapırdattığı gerekçesi ile aynı sofrada yemek yemediklerini, geceleri odasında tek başına yatmadan önce yemek yediğini, okulda da ders çalışmak ve tuvalet için sadece belli mekanları kullanabildiğini belirten Bayan C, bu yıl daha sessiz olan çalışma odasının kapatılması nedeniyle okulda ders çalışmadığını, arkadaşlarının sakız çiğnemesinden etkileneceği için kantine, lokantaya gidemediğini, rahatsız olduğu sesleri duymak için sürekli olarak kulaklık kullandığını, kulaklıktan yüksek sesle müzik dinlediğini ifade etti. Bazen kulaklığı ile derslere katıldığını bu nedenle ders anlatan hocasını dinleyemediğini, hatta bir keresinde hocasının derste kulaklıkla bulunduğu için kendisini dersten çıkarttığını anlattı. Okul-ev arasında ulaşım için belli minibüsleri tercih eden Bayan C, birçok kez araç içinde bozuk para sesi, anahtar, tespih çekilmesinden etkilenip ineceği yere gelmeden inmek zorunda kalmış. Hatta bir keresinde babasının arabasında yolculuk sırasında babası torpido gözünden bir adet sakızı alıp ağzına atıp çiğnemeye başlamış. Bir süre aynı araçta babası ile yolculuk yapan Bayan C, babasının sakız çiğnemesinden etkilenmiş ve ağlayarak arabadan inmek zorunda kalmış. Daha sonra babasını üzdüğünü düşünüp, kendisini suçlamış. Annesi ile yapılan görüşmede ise; Bayan C'nin çocukluktan bu yana farklı bir çocuk olduğu, yaşlılarından ve kendisinden 4 yaş büyük ablasından farklı davranışlar sergilediği, son zamanlarda çok öfkeli ve gergin olduğu, iki kez odasında kişisel eşyalarına zarar verdiği, sonrasında pişmanlık yaşadığı öğrenildi.

**Öz ve Soy Geçmiş:** İki çocuklu bir ailenin ikinci çocuğu olarak hastanede normal doğumla doğmuş. Büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun olmamış. İlkokul yıllarından bu yana özellikle sınav zamanı artan turnak yeme alışkanlığı mevcut. Annesi 55 yaşında, emekli öğretmen, sağ, titiz, kuralcı, çocuklarına çok düşkün, ayrıntıcı, mükemmeliyetçi bir kişiliğe sahip imiş. Bayan C'nin annesi 5 yıl önce kız kardeşinin ani vefatı sonrası bir süre psikiyatrik tedavi görmüş. Babası 58 yaşında, sağ, emekli öğretmen. Sessiz, sakin, uyumlu bir kişiliğe sahip, Bayan C ile mesafeli bir ilişkisi var. Evde annenin sözü geçiyor. İlkokul, orta-liseyi aynı ilde bitirmiş, başarılı bir öğrencilik yaşamı olmuş. Bayan C'nin kendisinden 4 yaş büyük, üniversite sınavında

derece yapan, üniversite mezunu bir ablası var, son iki yıldır il dışında çalışıyor. Bayan C, ablasının evden ayrılmasına çok üzölmüş, onunla her şeyini paylaştığını ve bir anda çok yalnız kaldığını ifade etti. Bayan C şimdiye kadar çocukluğunda yaşadığı allerjik astım ve 17 yaşında geçirdiği appendektomi operasyonu dışında önemli bir sağlık sorunu yaşamamış.

### **Fizik Muayene ve Laboratuvar Bulguları:**

Herhangi bir özellik saptanmadı.

### **Ruhsal Durum Muayenesi:**

Yaşında gösteren, kılık kıyafeti sosyoekonomik düzeyiyle uyumlu kadın hasta, göz teması kuruyordu. Konuşması açık, akıcı, anlaşılır, amaca yönelik, kısa cümlelerle düşük volümdedi. Affekt anksiyöz, duygudurumu hafif çökkündü. Algılamada, zeka düzeyinde, bellek, gerçeği değerlendirme yetisinde, yargılamada patolojik bir bulgu gözlenmedi. Çağrışımları düzenli, düşünce içeriğinde temizlik, düzen, başkalarına zarar verme ile ilgili obsesif inançları, mizofoni ile ilgili düşünceleri mevcuttu. Dışa vuran davranışlar ve benlik saygısı azalmıştı.

### **Psikometrik Değerlendirme:**

Y-BOCS'dan özellikle saldırganlık, simetri olmak üzere 28 puan ve DDÖ'nden 8 puan almıştır. MMPI'dan ise bireyin bedenselleştirme eğiliminin olduğu, problem çözme becerileri ile ego gücünün zayıf olduğu, mükemmeliyetçi bir tutum içinde olabileceği ve küçük şeylere hemen üzülebileceği sonuçları elde edilmiştir.

Psikiyatrik değerlendirme sonrası hastaya, DSM-5 göre OKB ve DSM-5'te yer almayan mizofoni tanısı konuldu. Olgumuzda DSM-5 tanı ölçütlerini karşılamayacak düzeyde depresif belirti ve bulgu mevcuttu. Hastaya sertralin 50mg/gün başlanarak doz kademeli bir şekilde 100mg/gün olarak arttırıldı. Eş zamanlı BDT uygulanan hastanın aile görüşmeleri ile ailesi hastanın durumu ve tedavisi konusunda bilgilendirildi. İlk terapi seansında, terapinin yapısı ve gündem oluşturma hakkında bilgi verme, sorunların kısaca gözden geçirilmesi, tedavi amaçlarının belirlenmesi, beklentilerin öğrenilmesi, hastanın rahatsızlığı ve bilişsel model hakkında eğitilmesi (psikoeğitim), ev ödevi, özetleme ve geri bildirim üzerinde durulmuştur. Hastamızla ilk seansta

amaçlar, hasta ile birlikte günlük aktivitelerini engelleyen düşünce ve davranış tekrarlarının ve kaçınmaların azalması ve ortadan kalkması olarak belirlendi. Hastaya tedavi amaçlarını detaylandırma, ev ödevi olarak verildi. Hastamız için herhangi bir durum tetikleyici olabiliyordu ve bu durum terapi esnasında da ortaya çıkabiliyordu. Seans sırasında ortaya çıkan sorunlar üzerinden formülasyon yapıldı. Hastamız özelinde herhangi bir durum (bozuk para sesi, kalemin duruşu, kalemin yazı yazarken çıkarttığı ses, diğer insanların kullandığı ses çıkartan herhangi bir nesne vb) tetikleyici olabiliyor, sonrasında zihnine saldırganlık içerikli (şiddet içerikli düşünce ya da imaj) veya yakınlarının başına kaza gelmesi şeklinde düşünceler geliyor ve bu düşüncüyü düşünceden sorumlu ve günahkar olma, istiyor olma olarak yorumluyordu. Tedavisinin 5. ayında psikofarmakolojik tedavinin yan ısıra eş zamanlı BDT uygulanan hastamızda seslerden rahatsız olma yakınmasının kaybolduğu, kulaklık olmadan dolmuşlara binebildiği, babası ile olan iletişiminin düzeldiği, okuluna devam ettiği öğrenildi.

### **TARTIŞMA**

Hiperakuzi, tinnitustan farklı bir klinik tablo olarak tanımlanan mizofonik reaksiyonlar, çoğunlukla otonomik uyarılma ve belirli seslere aşırı tepki olarak anksiyete gibi hoş olmayan duygusal deneyimleri içermektedir (11,12). Ayırıcı tanıda sıkça rastlanan tinnitus ile mizofoninin benzer özellikleri olmasına karşın, mizofoninin klinik bulguları farklıdır. Mizofoni belirtileri çoğunlukla insan tarafından üretilen sesler ve durumlar tarafından tetiklenirken, tinnitus yaşayan kişiler ise içten gelen, soyut seslerle ilgili sıkıntı yaşadıklarını bildirirler (12). Mizofoni belirtileri belli seslere özgü ortaya çıkar. Bu güne kadar yapılan çalışmalarda olgular rahatsız oldukları seslerin insan kaynaklı (yakın ilişkide oldukları aile bireyleri gibi) olduğunu bildirmişlerdir (2,4,7). Olgu sunumumuzda benzer şekilde rahatsız olunan sesler insan kaynaklı ve aile üyeleri ile yakın ilişkide oldukları kişilere aittir. Yine çalışmalarda olguların kendi çıkarttıkları seslerden (örn. sakız çiğnemek gibi) ya da hayvan ve bebek seslerinden etkilenmedikleri de belirtilmiştir (13,14). Mizofoni ile ilgili vaka raporları/ serileri

ve daha yakın zamanda sistematik çalışmalar yapılmış olsa da, mizofoninin epidemiyolojisi, klinik görünümü, genetik geçiş, patofizyolojisinin anlaşılması için geniş örneklemli çalışmalara gereksinim vardır. Bu güne kadar yapılan ilk en geniş örneklemli çalışmada (42 olgu) mizofoninin primer bozukluk olarak başladığı, olguların %52'sinin erkek, mizofoni belirtilerinin ortalama başlangıç yaşınının 13 yaş, tanının ise 30'lu yaşlarda konulduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, araştırmacılar kendi geliştirdikleri mizofoni belirtilerinin türünü ve ciddiyetini değerlendirmek için altı maddelik bir öz-değerlendirme ölçeği olan Amsterdam Mizofoni Ölçeği'ni kullanmışlardır (7). Çalışmamızda her iki olgumuzda da mizofoni belirtilerinin ergenlik yaşlarında ve OKB belirtilerinden önce başlaması, tanının ilerleyen dönemde konulmuş olması bu sonuçlarla uyumludur. Mizofoni ile ilgili olgu sunumlarında olguların çalışmamızla benzer biçimde kadın cinsiyet olması, mizofoninin kadınlarda daha sık görüldüğünü düşündürmektedir (8,9,15,16). Ancak, mizofoni ile ilgili cinsiyet farkı tam olarak bilinmemektedir. Mizofoni ile diğer ruhsal bozukluklar arasında ilişki ve eşanlı durumlar da tam olarak aydınlatılmamıştır. Üç yeme bozukluğu tanılı olguda mizofoni belirtilerinin yeme bozukluğu belirtilerinden önce başladığı, yeme bozukluğu belirtileri düzelse bile, mizofoninin kaybolmadığını belirten bir çalışmada mizofoni ile yeme bozuklukları ilişkisine değinilmiştir (17). Çalışmadaki üç olgunun anoreksiya nervoza-kısıtlayıcı tip tanısının yanı sıra çalışmamızdaki gibi, mizofoni belirtilerinin ergenlik döneminde başlaması ve özellikle sorun yaşadıkları aile bireylerinin çıkardıkları seslerle ilgili olması dikkat çekicidir. Mizofoni ile OKB, anksiyete ve depresif belirtiler arasında ilişkiyi araştıran bir çalışmada ise güçlü ilişkiler olduğu belirtilmiş ayrıca, mizofoni ve öfke patlamaları arasındaki ilişkiye de dikkat çekilmiştir. Mizofoni bastırılmış öfkenin dışı vurumu olarak değerlendirilmiştir (8). Schröder ve arkadaşları (7) ise mizofoni olgularında %2.4 oranında OKB tanısına karşılık, %52 oranında obsesif kompulsif kişilik bozukluk (OKKB) tanısının olduğunu, OKKB varlığının mizofoni için yatkınlık yaratan bir faktör olabileceğini öne sürmüşlerdir. Çünkü katı ahlaki özelliklere sahip OKKB tanılı olgular, kaba yemek yeme sesleri ile baş etmede güçlük yaşarlar ve bu durum kaçınma

davranışına yol açabilir. Diğer yandan OKKB belirtilerinin varlığı, olgularda dürtüsel şiddet içeren davranışlara da yol açabilir. Fenomenolojik bir bakış açısı ile bakıldığında, belirli bir sese odaklanma, sürekli onunla meşguliyet ile agresif bir eylem gerçekleştirme dürtüsü, obsesyon olarak tanımlanabilir. Çalışmamızda her iki olgunun benzer kişilik özelliklerinin olması, eşanlı OKB olması bu sonuçlarla uyumludur. Mizofoni belirtileri sınırlılık, belirgin aksiyete, iğrenme, öfke, nefret, fiziksel şiddete, kontrol kaybı, kaçınma davranışına, hatta intihar düşüncesine neden olabilmektedir (1,2). Çalışmamızda benzer şekilde mizofoni nedeniyle öfke, saldırgan davranışlar, kalabalık mekanlardan kaçınma, uzun süreli otobüs yolculuğu yapamama, sesleri duymamak için kulaklık kullanma şeklinde benzer davranışlar izlenmiştir. Mizofoni, duyuusal uyaranlara genel hiper-reaktivite sendromunun bir parçasıdır. Mizofoni bazen görsel uyaranla başlayabilir ve görsel uyaran işitsel uyaran (misokinesia) gibi algılanmaktadır. Sinestezi (birleşik duyu), sesleri görmek, gördükleri duymak, bazen de işitsel uyaran taktil algıya yol açabilir (7). Mizofoninin nörobiyolojik temellerinin araştırılması henüz emekleme aşamasındadır ve bu durumun klinik olarak karakterize edilmesine ilişkin bir takım halen cevapsız sorular bulunmaktadır. Mizofoninin başlangıç zamanı çoğunlukla yaşam koşullarına ve tetikleyici seslere maruz kalma derecelerine bağlı gibi gözükmektedir. Ayrıca, hangi faktörlerin, tepki şiddetinde bireysel farklılıklara katkıda bulunduğu da belli değildir. Aile içi ilişkiler ve tipik olarak ses ile ilişkili görsel uyaranlara maruz kalma (örn. birilerinin yeme alışkanlığı) dahil, hem içsel hem de dış faktörler klinik sunumda bireylerarası değişkenliğin belirlenmesinde rol oynamaktadır ve heterojen patofizyolojik özellikleri yansıtabilir (2). Mizofoninin genetik geçiş ve travma ile ilişkisi tam olarak bilinmemektedir. Rouw ve Erfanian (18) mizofoni tanılı 300 olgu ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında belirtilerin çocukluk döneminde başladığını, olguların üçte ikisinin yakınlarında da mizofoni olduğunu, travma sonrası stres bozukluğunun mizofoni ile en sık rastlanan eşanlı psikiyatrik bozukluk olduğunu, travma varlığı ile mizofoni belirti şiddeti arasında ilişki olduğunu saptamışlardır. Çalışmalarda mizofoninin kronik seyirli olması ve aile içi ilişkilerde sorunlar ile ilişkisi

çarpıcı bulgulardır (2,4,5,19). Çalışmamızda da her iki olguda da mizofoni belirtilerinin kronik seyri, benzer ailevi özelliklerinin olması dikkat çekicidir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda araştırmacılar, mizofoninin diğer ruhsal bozukluklardan farklı bir klinik görünümüne sahip olduğunu ve ayrı tanı olarak değerlendirilmesi gerektiği görüşünü ileri sürmüşlerdir (2,3,6). Bu nedenle Schröder ve arkadaşları (7) mizofoni tanısı için şu ölçütleri önermişlerdir: a) Olguda tinnitus olmamalı, b) Kişiler verdikleri yanıtın anormal, aşırı olduğunu bilir c) Belirgin anksiyete, panik, öfke, nefret, iğrenme ve saldırgan davranışa neden olması d) Kaçınma, kaçma davranışına d) ailesel sosyal ve mesleki yaşamı etkilemesi. Çalışmamızda her iki olgumuzun da bu tanı ölçütlerini karşıladığı, primer mizofoni olarak değerlendirilebileceği söylenebilir. Ancak, yine de mizofoninin, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar, dürtü kontrol bozuklukları ya da nöropsikiyatrik bozukluklar içinde ayrı bir tanı olarak değerlendirilmesi ile bilgiler yeterli değildir. Mizofoni tedavisi ile ilgili bilgiler de kısıtlıdır. Tedavide BDT, maruz bırakma ve tepki önleme, bilişsel yeniden yapılandırma, farkındalık ve kabullenme temelli terapiler ile başa çıkma yöntemlerinin olumlu sonuçlarının olabileceği belirtilmiştir (20-24). Çalışmamızda BDT ile olguların uyarılar ve dürtü denetiminin sağlanmasına yönelik uygulamalarda bulunulmuştur. Psikofarmakolojik tedavi ile ilgili bilgi ise mevcut değildir. Çalışmamızda seçici serotonin geri alım

inhibitörleri (SSRI) türü ilaçlar olguların tedavisinde tercih edilmiştir. Bir diğer dikkat çekici konu ise antidepresan dozunun OKB tedavisinde kullanılan dozlarda kullanılmasıdır. Mizofoninin ilaç tedavisinin daha iyi anlaşılabilmesi için plasebo kontrollü geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmesi gereklidir.

Sonuç olarak; önemli derecede bireysel ve toplumsal yıkıma yol açabilen mizofoninin oluş nedenleri, klinik görünümü, seyri ve tedavi yaklaşımlarının araştırılması gereklidir. Bu şekilde mizofoninin fizyolojik bir durum, nöropsikiyatrik hastalık, psikolojik bir belirti ya da primer ruhsal bir bozukluk mu olduğu daha iyi anlaşılacaktır. Çalışmamızın mizofoni konusunda farkındalık yaratıp, konu ile ilgili klinisyenlerin duyarlı olmalarını sağlamak açısından önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Katkı Kategorileri	Yazarın Adı
Olgunun takibi	Ç.H.
Literatür araştırması	Ç.H.
Makalenin yazımı	Ç.H.
Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi	Ç.H.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

**Finansal destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

- Jastreboff MM, Jastreboff PJ. Components of decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, phonophobia. *ITHS News Lett* 2001; 2:5-7.
- Cavanna AE, Seri S. Misophonia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; 11:2117-2123. **[CrossRef]**
- Cavanna AE. What is misophonia and how can we treat it? *Expert Rev Neurother* 2014; 14:357-359. **[CrossRef]**
- Edelstein M, Brang D, Rouw R, Ramachandran VS. Misophonia: physiological investigations and case descriptions. *Front Hum Neurosci* 2013; 7:296. **[CrossRef]**
- Dozier TH. Etiology, composition, development and maintenance of misophonia: a conditioned aversive reflex disorder. *Psychological Thought* 2015; 8:114-129. **[CrossRef]**
- Taylor S. Misophonia: a new mental disorder? *Med Hypotheses* 2017; 103:109-117. **[CrossRef]**
- Schröder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One* 2013; 8:e54706. **[CrossRef]**
- Wu MS, Lewin AB, Murphy TK, Storch EA. Misophonia: incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *J Clin Psychol* 2014; 70:994-1007. **[CrossRef]**
- Schröder A, van Wingen G, Vulink NC, Denys D. Commentary: the brain basis for misophonia. *Front Behav Neurosci* 2017; 11:111. **[CrossRef]**

10. Kumar S, Tansley-Hancock O, Sedley W, Winston JS, Callaghan MF, Allen M, Cope TE, Gander PE, Bamiou DE, Griffiths TD. The brain basis for misophonia. *Curr Biol* 2017; 27:527-533. **[CrossRef]**
11. Schwartz P, Leyendecker J, Conlon M. Hyperacusis and misophonia: the lesser-known siblings of tinnitus. *Minn Med* 2011; 94:42-43.
12. Ferreira GM, Harrison BJ, Fontenelle LF. Hatred of sounds: misophonic disorder or just an underreported psychiatric symptom? *Ann Clin Psychiatry* 2013; 25:271-274.
13. Jacot CR, Eric T, Sentissi O. Misophonia or aversion to human sound: a clinical illustration. *Rev Med Suisse* 2015; 11:466-469.
14. Bruxner G. 'Mastication rage': a review of misophonia - an under-recognised symptom of psychiatric relevance? *Australas Psychiatry* 2016; 24:195-197. **[CrossRef]**
15. Blegvad-Nissen C, Thomsen PH. Misophonia is a neglected disorder. *Ugeskr Laeger* 2015; 177:V04150309. (Danish)
16. Vidal C, Vidal ML, Alvarenga-Lage MJ. Misophonia: case report. *Eur Psychiatry* 2017; 41(Suppl.):644. **[CrossRef]**
17. Kluckow H, Telfer J, Abraham S. Should we screen for misophonia in patients with eating disorders? A report of three cases. *Int J Eat Disord* 2014; 47:558-561. **[CrossRef]**
18. Rouw R, Erfanian M. A Large-Scale Study of Misophonia. *J Clin Psychol* 2017; 74:453-479. **[CrossRef]**
19. Zhou X, Wu MS, Storch EA. Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2017; 14:7-12. **[CrossRef]**
20. Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Treatments for decreased sound tolerance (hyperacusis and misophonia). *Semin Hear* 2014; 35:105-120. **[CrossRef]**
21. Schröder AE, Vulink NC, van Loon AJ, Denys DA. Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: an open trial. *J Affect Disord* 2017; 217:289-294. **[CrossRef]**
22. Schneider RL, Arch JJ. Letter to the editor: potential treatment targets for misophonia. *Gen Hosp Psychiatry* 2015; 37:370-371. **[CrossRef]**
23. Bernstein RE, Angell KL, Dehle CM. A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: a case example. *Cognitive Behaviour Therapist* 2013; 6:10-13. **[CrossRef]**
24. McGuire JF, Wu MS, Storch EA. Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *J Clin Psychiatry* 2015; 76:573-574. **[CrossRef]**