T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKTA MİZOFONİ KLİNİK GÖRÜNÜM VE PROGNOZA ETKİ EDER Mİ?

Dr. Firuze Hilal AKKOZ

UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUKTA MİZOFONİ KLİNİK GÖRÜNÜM VE PROGNOZA ETKİ EDER Mİ?

Dr. Firuze Hilal AKKOZ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mustafa UĞURLU

ANKARA/2024

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

22.04.2024

Dr. Firuze Hilal AKKOZ

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ana bilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ali Çayköylü'ye;

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki yeterliliğimiz için destekleyici olan hocamız, kliniğimizin idari şefi Prof. Dr. Erol Göka'ya;

Yanında çalışmaktan büyük onur duyduğum, hem akademik hem de şahsi hayatıma hazırlayan, sabrını ve zamanını esirgemeyen, mesleki açıdan kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Uğurlu'ya;

Uzmanlık eğitimimde bana desteklerini sunan değerli hocalarım Prof. Dr. Görkem Karakaş Uğurlu ve Prof. Dr. Serdar Süleyman Can'a;

Asistanlığımın son zamanlarında birlikte çalışma fırsatı bulduğum, desteğini her daim hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Esra Kabadayı Şahin'e ve bilgisinden her zaman faydalandığım Dr. Gülsüm Zuhal Kamış' a,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım ve her aşamada desteklerini esirgemeyen sevgili asistan arkadaşlarıma, tüm uzman, hemşire, psikolog ekibimize ve sevgili Tuğba'ya;

Hayatımın her alanında koşulsuz sevgileri ile bana hep destek olan annem, babam ve ağabeyime;

Her zaman yanımda olan, desteğini ve sevgisini hep hissettiğim, varlığı ile hayatımı anlamlandıran canım eşim Enis'e, asistanlığın son zamanlarında ve tez sürecinde zorlayıcı günler yaşatsa da varlığı ile hayatımı renklendiren, beni büyüten, anneliği tattıran canım kızım Hüma'ya sonsuz teşekkürler…

Dr. Firuze Hilal AKKOZ

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN i
TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
ÖZET vi
ABSTRACT vii
KISALTMALAR viii
TABLO LİSTESİ ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK 4
2.1.1. Major Depresif Bozukluk Tanımı ve Tarihçesi 4
2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi 5
2.1.3. Depresyonun Etiyopatogenezi 6
2.1.3.1. Genetik Faktörler 6
2.1.3.2. Biyolojik Faktörler 7
2.1.3.3. Psikososyal Faktörler 10
2.1.4. Depresyon ve Psikolojik Modeller 10
2.1.4.1. Psikanalitik Kuram 10
2.1.4.2. Bilişsel Kuram 10
2.1.4.3. Davranışçı Kuram 11
2.1.5. Depresyonun Klinik Belirtileri 11
2.1.6. Güncel Sınıflandırma 12
2.1.6.1. ICD-10 Tanı Kriterleri 12
2.1.6.2. DSM-5 Tanı Kriterleri 12
2.1.7. Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri (Alt Tipleri) 14
2.1.7.1. Bunaltılı depresyon 14
2.1.7.2. Karma Özellikli Depresyon 14
2.1.7.3. Melankolik Özellikli Depresyon 14
2.1.7.4. Atipik Özellikli Depresyon 15
2.1.7.5. Psikotik Özellikli Depresyon 15
2.1.7.6. Katatoni ile Giden Depresyon 15
2.1.7.7. Peripartum Başlangıçlı Depresyon 15
2.1.7.8. Mevsimsel Özellikli Depresyon 16

2.1.8. Gidiş ve Sonlanış 16
2.2. MİZOFONİ 17
2.2.1. Mizofoni Tanımı ve Tarihçesi 17
2.2.2. Mizofoni Epidemiyolojisi 17
2.2.3. Mizofoni Etyolojisi 18
2.2.3.1. Nörobiyolojik Faktörler 18
2.2.3.2. Psikofizyolojik Faktörler 19
2.2.3.3. Kalıtsal Faktörler 20
2.2.4. Mizofoni Kliniği 20
2.2.5. Sınıflandırma ve Tanı 21
2.2.6. Eş tanı 24
2.2.6.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) 24
2.2.6.2. Major Depresif Bozukluk (MDB) 25
2.2.6.3. Anksiyete Bozuklukları 25
2.2.6.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) 26
2.2.6.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) 26
2.2.6.6. Tik Bozuklukları 26
2.2.6.7. Yeme Bozuklukları 27
2.2.6.8. Kişilik Bozuklukları 27
3. GEREÇ VE YÖNTEM 28
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ VE PROSEDÜR 28
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 29
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu 29
3.2.2. Mizofoni Ölçeği 29
3.2.3. Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği (CUDOS-A/M) 30
3.2.4. Toplumda Psişik Yaşantı Değerlendirme Ölçeği (CAPE) 30
3.2.5. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu (SIGH-SAD) 31
3.2.6. İntihar Düşüncesi Ölçeği 31
3.2.7. Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu 32
3.2.8. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 32
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 32
4. BULGULAR 34
4.1. OLGULARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ 34
4.2. OLGULARIN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 40

4.3. OLGULARIN KORELASYON ANALİZİ 40
4.4. UZUNLAMASINA VERİLERİN ANALİZİ 43
5. TARTIŞMA 49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 57
7. KAYNAKLAR 58
8. EKLER 66
EK-1: ETİK KURUL ONAYI 66
EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 70
EK-3: SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU 71
EK-4: MİZOFONİ ÖLÇEĞİ 73
EK-5: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ 75
EK-5: CUDOS-AM-TR 76
EK-6: CAPE 77
EK-7: BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ 83
EK-8: İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (İDÖ) 84
EK-9: HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ MEVSİMSEL DUYGUDURUM BOZUKLUĞU VERSİYONU İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME KILAVUZU (SIGH-SAD) 86

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Mizofoni varlığının majör depresif bozukluk hastalarında depresyon şiddeti, fenomenolojisi ve prognoza etkisinin olup olmadığını incelemektir.

Yöntem: Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran "Major depresif bozukluk" tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek aydınlatılmış onam formunu imzalayan 117 hasta ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmadaki 41 hasta mizofonisi olan, 76 hasta mizofonisi olmayan depresif bozukluk tanılı hastalardan oluşmaktadır. 6.hafta kontrolünde mizofonisi olan 29 depresyon hastası ve mizofonisi olmayan 32 depresyon hastası değerlendirilmiştir. Katılımcılar ilk başvuruda ve kontrolde ölçekler ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastaları arasında sosyodemografik veriler açısından anlamlı fark yokken; geçirilmiş depresyon ve o döneme ait tedavi alma oranlarında iki grup arasında anlamlı farklılık vardı. Mizofonisi olan depresyon hastalarında Beck depresyon ölçeği puanları, CUDOS anksiyete, yaşam kalitesi, depresyon alt ölçek puanları ve CAPE Pozitif psikotik belirtiler alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksekti. İki grup tedavi yanıtları açısından karşılaştırıldığında mizofonisi olanlarda tedavi yanıtları ve remisyon oranları belirgin oranda az olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ayrıca antidepresan tedavi ile mizofonisi olan grupta pozitif psikotik belirti alt ölçek puanları istatiksel olarak anlamlı oranda azaldı.

Sonuç: Bu çalışmayla mizofonisi olan hastalarda depresyonun daha şiddetli olduğu, eşlik eden anksiyete ve pozitif psikotik özelliklerin olduğu, tedavi yanıtlarının ve remisyon oranlarının az olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: mizofoni, major depresif bozukluk, psikotik belirtiler, tedaviye yanıt

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine whether the presence of misophonia has an effect on depression severity, phenomenology and prognosis in patients with major depressive disorder.

Method: The study was conducted with 117 patients diagnosed with "Major depressive disorder" who applied to Ankara City Hospital Psychiatry Outpatient Clinic and signed the informed consent form by agreeing to participate in the study. In the study, 41 patients with misophonia and 76 patients without misophonia were diagnosed with first episode depressive disorder. At the 6th week follow-up, 29 depressed patients with misophonia and 32 depressed patients without misophonia were evaluated. Participants were evaluated with scales at initial presentation and at follow-up

Results: While there was no significant difference in sociodemographic data between depressed patients with and without misophonia in the study; There was a significant difference between the two groups in the rates of previous depression and treatment during that period. Beck depression scale scores, CUDOS anxiety, quality of life, depression subscale scores and CAPE Positive psychotic symptoms subscale scores were significantly higher in depressed patients with misophonia. When the two groups were compared in terms of treatment responses, treatment responses and remission rates were significantly lower in those with misophonia, but the difference was not statistically significant. In addition, positive psychotic symptom subscale scores decreased statistically significantly in the misophonia group with antidepressant treatment.

Conclusion: This study revealed that depression is more severe in patients with misophonia, there are accompanying anxiety and positive psychotic features, and treatment responses and remission rates are low.

Key words: misophonia, major depressive disorder, psychotic symptoms, response to treatment

KISALTMALAR

DSM	**:**	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DEHB	**:**	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ICD	**:**	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
İFG	**:**	İnferior frontal girus
HPA	**:**	Hipatalamo pituter adrenal
MDB	**:**	Major Depresif Bozukluk
OKB	**:**	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	**:**	Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu
TSSB	**:**	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı 34
Tablo 2. Olguların sigara, alkol ve madde kötüye kullanım özellikleri ile ek hastalıklarının dağılımı 35
Tablo 3. Olguların psikiyatrik öyküleri..... 36
Tablo 4. Depresyon tedavi özelliklerinin dağılımı..... 36
Tablo 5. Mizofoni varlığına göre olguların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması 37
Tablo 6. Mizofoni varlığına göre olguların sigara, alkol ve madde kötüye kullanım özellikleri ve ek hastalıklarının karşılaştırması 38
Tablo 7. Mizofoni varlığına göre olguların psikiyatrik öyküleri 39
Tablo 8. Mizofoni varlığına göre depresyon tedavi özelliklerinin dağılımı 39
Tablo 9. Mizofoni varlığına göre olguların ölçek puanlarının karşılaştırılması..... 40
Tablo 10. Ölçek puanları ve Mizofoni toplam ölçek puanlarının korelasyonu..... 42
Tablo 11. Ölçek puanlarının mizofoni ölçek puanlarıyla depresyon puanları arındırılarak parsiyel korelasyonu 43
Tablo 12. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası Beck depresyon ölçek skorlarının karşılaştırması..... 44
Tablo 13. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS karma ölçek skorlarının karşılaştırması 44
Tablo 14. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS anksiyete ölçek skorlarının karşılaştırması 45
Tablo 15. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS yaşam kalitesi ölçek skorlarının karşılaştırması 45
Tablo 16. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS depresyon ölçek skorlarının karşılaştırması..... 46
Tablo 17. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CAPE depresyon ölçek skorlarının karşılaştırması..... 46
Tablo 18. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası Mizofoni ölçek skorlarının karşılaştırılması..... 47
Tablo 19. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CAPE pozitif psikotik belirti ölçek skorlarının karşılaştırması 47
Tablo 20. Tedavi yanıtı ile verilen ölçek puanları arasında regresyon analizi..... 48
Tablo 21. Remisyon ile verilen ölçek puanları arasında regresyon analizi..... 48

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikiyatrik hastalıkların fenomenolojisi ve sınıflaması dönemin kültürel özellikleri ve teknolojik gelişmişliği ile orantılı olarak yüzyıllar içinde çek çeşitlilik göstermiştir. DSM III'e kadar nevrotik bozukluklar kategorisi psikyatrik sınıflamada hakim bir tanı iken DSM IV ve sonrasında bu yaklaşım yerini semptomların doğası ve daha sonraları ise teknolojik araçların yardımını da kapsayacak yöntemlere bırakmıştır. Bu anlamda mizofoni son yıllarda diğer uzmanlık alanlarının yanı sıra psikiyatri uzmanlık alanında yavaş yavaş dikkatini çekmiş ve bu konuda yapılan çalışmalar hız kazanmıştır.

Mizofoni ilk olarak odyoloji alanında yapılan çalışmalar neticesinde keşfedilmiştir ve ses öfkesi olarak adlandırılmıştır(1). Ayrıntılı tanımlaması ise alanda ilerleyen çalışmalar sonucunda "nefes alma, çiğneme, yemek yeme, höpürdetme, dudak şapırdatma, kalem tıklama veya parmak eklemlerini çıtlatma gibi pek çok sese karşı duygusal reaksiyon verilen bir tablo "olarak yapılmıştır(2). Tanımlanan sesler mizofoni hastaları için çok rahatsız edici olabilmektedir(3). Bu durum yoğun anksiyeteye, kaçınma davranışlarının oluşmasına ve işlevselliğin önemli ölçüde bozulmasına neden olabildiği bilinmektedir (4).

Mizofoni, DSM ve ICD gibi sınıflandırmalarda şu an için yer almamaktadır. Ancak mizofoninin bir semptom mu yoksa bir hastalık olarak mı sınıflandırılması gerektiğine yönelik çalışmalar devam etmektedir. Buna yönelik çeşitli tanı kriterleri ve semptom tarama listeleri önerilerinde bulunulmuştur (5). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda toplumda yaygınlığı azımsanmamakla birlikte %3- 23 arasında değişkenlik göstermektedir.

Mizofoninin etiyolojisi ve tedavisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Nörolojik bir hastalık olabileceği, nörobiyolojik ve psikofizyolojik temellerinin olabileceği, aile öyküsü olabileceği öne sürülmüştür. Nörobiyoloji alanında yapılan çalışmalar oldukça az olmakla birlikte fMR çalışmalarında insula, amigdala, inferior frontal girus ve orbitofrontal girus gibi alanlarda bazı beyin bölgelerine bağlantı artışı saptanmıştır (6). İlgili alanlardan biri olan inferior frontal girus çeşitliliğine bakıldığında dil işleme, konuşma üretimi, motor kontrol, yanıt inhibisyonu, içsel farkındalık ve semantik işleme gibi çeşitli görevlerde yer alan önemli bir bölgedir (7). Ayrıca mizofonide

güçlük yaşandığı bilinen vokal duyguları, sözlü ve sözsüz ifadeleri işleme, duyusal işlemleme, insan seslendirmelerindeki duygusal ipuçlarını dikkatli bir şekilde çözümleme ve bilişsel değerlendirme görevlerinden sorumludur (8).

Mizofoni ve komorbid durumlar üzerine yapılan çalışmalarda mizofoni ile diğer psikiyatrik hastalıklar arasında yüksek komorbidite bulunmuştur. Sık görülen komorbid bozukluklar majör depresif bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk olarak raporlanmıştır (9)(10). Ayrıca mizofoni semptomlarının depresif semptomlar ile anlamlı ve pozitif ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır(11). Ancak depresif hastalarda mizofoniyi inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Depresif Bozukluk, esas olarak çökkün duygudurum ve zevk alamama ile seyreden bir psikiyatrik hastalıktır. Genel toplumda yaygınlığı % 5 olarak bilinmektedir. Depresyon yaygındır, maliyetlidir ve artan intihar riskiyle ilişkilidir. Önde gelen küresel halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada yaklaşık 280 milyon insan depresyondadır. Her yıl 700.000'den fazla insan intihar nedeniyle ölmektedir. İntihar, 15-29 yaşları arasındaki dördüncü önde gelen ölüm nedenidir (12).

Major depresif bozukluk bir tanı başlığı olarak görünse de farklı alt tipleri bulunmaktadır. Major depresif bozukluk için DSM-V te atipik, melankolik, anksiyeteli, karma, postpartum, mevsimsel özellikler gösteren ve katatoni ile giden olarak alt tipler belirlenmiştir. Bireyler açısından belirtilerin homojen olmayışı farklı etyoloji, prognostik faktörler ve tedavi yaklaşımını düşündürmektedir.

Depresif bozuklukların etiyolojisine bakıldığında geçmişten bugüne yapılan birçok klinik ve laboratuvar araştırmaları, depresyonun tek bir nedeninin olmadığını, farklı birçok etken ve karmaşık süreçlerin depresyon oluşumunda rol oynadığını göstermektedir. Bu alanda yapılan güncel çalışmalardan bazıları da fMR çalışmalarını içermektedir. Yapılan nöropsikiyatrik çalışmalarda ilişkili pek çok beyin bölgesi bilinmekle beraber son çalışmalarda inferior frontal girusun bağlantı artışı dikkat çekmektedir (13)(14).

Mizofoni etyolojisinde adı geçen bir bölge olan inferior frontal girusun depresyon etyolojisinde karşımıza çıkması depresyonun prognostik sürecine katkısı olup olmadığı merakını uyandırıp, ikisinin birlikteliğinin araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Buna yönelik depresif hastalarda yapılan az sayıda çalışmada

mizofoni sıklığı % 8-12 olarak bulunmuştur. Mizofoni semptomlarının depresif semptomlar ile korele olduğunu bildiren az sayıda çalışma mevcuttur (11).

Ancak ülkemizde böyle bir çalışma yapılmamıştır. Ayrıca çalışmamızda tedavi yanıtı da araştırılmak istenmektedir. Bu çalışma ile mizofonik belirtileri olan hastaların majör depresif bozukluk semptomları açısından farklılık gösterip göstermediği, mizofoninin depresyonun tedavi seçimi açısından dikkat edilmesi gereken bir özelliği olup olamayacağı, varlığında daha biyolojik kökene işaret edip etmeyeceği, mizofoni varlığında vokal duyguları algılama ve yorumlama farklılığı göz önüne alındığında psikotik özellikli depresyonun daha hafif bir varyantı olarak adlandırılıp adlandırılamayacağı araştırılacaktır.

Ayrıca majör depresif bozukluğu olan bireylerde mizofonik belirtilerin varlığının tedaviye yanıt açısından bir farklılık oluşturup oluşturmadığı araştırılmak istenmiştir. Bu çalışma ile terapotik müdahelelere katkı sunulması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK

2.1.1.Major Depresif Bozukluk Tanımı ve Tarihçesi

Majör depresif bozukluk; semptomların çeşitliliği, tedavisi ve gidişatı açısından karışık bir klinik tablodur. Çökkünlüğün zaman zaman bunaltı ile birlikte seyrettiği, keyif alamama durumunun ve etkinliklere karşı ilgi kaybının bulunduğu; yetersizlik, değersizlik ve ölüm düşüncelerinin olabildiği; hareketlerde ve konuşmada yavaşlama, psikofizyolojik değişikliklerin eşlik ettiği bir sendromdur. Toplumda çok sık görülen, kronik seyirli ve yineleyici seyredebilen bir duygudurum bozukluğudur(15).

Depresyon kelimesi Latince deprimere fiilinden köken almaktadır. Aşağıya çekmek, bastırmak gibi anlamlara gelmektedir. Kökensel uzantıları çok eskilere dayanan bu terim tanımsal olarak ilk defa Hipokrat tarafından sistematik olarak ele alınmıştır. Hipokrat, Yunanca kara anlamına gelen "melan" ve safra anlamına gelen "chole" kelimelerinden oluşan melankoli terimini; kara safra nedeniyle oluşan, sinirlilik huzursuzluk, korku, üzüntü, uykuda ve yemede azalma belirtilerinin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlamıştır. Sonraki dönemde melankoli ile ilgili tartışmalar 17. Yüzyıla kadar benzer şekilde devam etmiştir(16). Depresyon kelimesini hastalık anlamında ilk olarak Fransız psikiyatr Louis Delasiauve 1856 yılında tanımlamıştır (17). 1880'li yıllarda Emil Kraepelin depresyon ve melankoli terimlerini ayrı olarak değerlendirmiştir. Melankoliyi akıl bozukluğunun tanısal bir türü olarak ele almış, depresyon terimini ise disforik duygudurum veya duygulanım olarak tanımlamıştır (18).

19. yüzyılda J. Falret hastaların dönüşümlü depresyon ve taşkınlık yaşadığını belirterek "folie circulaire" tanımlamasını yapmıştır (19). Ek olarak yine Emil Kraepelin "manik-depresif psikoz" tanımlamasını kullanmış, hastalığın gidişatına vurgu yapmıştır. 20. yüzyılda Leonhard; manik-depresif psikoz hastalığını bipolar ve monopolar olarak iki ayrı başlıkta ele almıştır. Bipolar depresyon taşkınlık ve depresyon durumlarının birlikte bulunduğu, monopolar depresyonu ise tekrarlayan depresyonla giden hastalar için kullanmıştır. Yine bu yüzyılda Kalbaum mani ve melankoliyi ayrı dönemlerle giden hastalıklar olarak tanımlamış ve depresif durumları kategorize edip hastalığı biyolojik ve psikolojik nedenlere bağlı olarak

sınıflandırmıştır (20). Meyer de bu yüzyılda depresyonda psikobiyoloji terimini ele alarak biyolojik ve psikososyal nedenlere dikkat çekmiştir (21).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından düzenlenen ve günümüz psikiyatrisinde önemli bir yeri olan DSM tanımlamalarına bakıldığında DSM-I' de Meyer ve Freud'un etkisiyle, manik depresif tepkiden bahsedilmiş ve ruhsal bozuklukların açıklamalarında savunma mekanizmalarına sıkça yer verilmiştir(22). 1968'de yayınlanan DSM- II' de, manik depresif hastalığın bir tepki olmaktan çok biyolojik faktörlerle ilgili olduğu ön plana çıkarılmıştır(23). DSM-III' te ve 1987 yılında yayınlanan revize halinde, depresyon için belirli belirti ve bulguların belirli bir süre şartını karşılayarak bir arada bulunması gerekliliğine yer verilmiş; psikotik, melankolik ve melankolik olmayan alt tipler olarak sınıflandırılmıştır(24). DSM-IV yayınlanmış ve 2000 yılında revize edilmiştir(25). 2013 yılında ise, günümüzde yaygın bir biçimde kullanılan DSM-5 yayınlanmış ve daha önce "Duygudurum Bozuklukları" başlığı altında yer alan hastalıklar, "Depresyon Bozuklukları" ve "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" şeklinde ikiye ayrı başlık olarak ele alınmıştır. Ek olarak, DSM-IV'ten farklı olarak yas döneminde de klinik belirtilere göre depresyon tanısının konulabileceğine değinilmiştir (26).

2.1.2. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon tekrarlamalarla seyreden, yeti yitimine neden olabilen ve sık görülen bir hastalıktır. Değişik oranlar gündeme gelse de sıklığın ve yaygınlığın yüksek olduğu konusunda görüş birliği oluşmuştur. Depresyon dünyada yaklaşık 280 milyon kişiyi etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yetişkinlerin %5 i depresyon yaşamaktadır (12).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Toplam Yükü çalışmasında, yeti yitimiyle ayarlanmış yaşam yıllarının (disability-adjusted life years:DALY) 2000 yılında % 4,4 ünün depresyondan kaynaklandığı bildirilmiştir. Bu hesaplama ile depresyonun yeti yitimine sebep olan 4. hastalık olduğu saptanmıştır, 2020 yılı verisinde ise ikinci sıradadır ve 2030 yılında hastalık yükünün en önemli belirleyicisi olacağı öngörülmektedir (27).

Ülkemizde 1990'lı yılların başlarında yapılan Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerinde Uluslararası Araştırma kapsamında en sık görülen ruhsal rahatsızlık %11.6 ile depresyon olmuştur. Yine aynı çalışmada depresyonun üst

solunum yolu enfeksiyonlarından sonra görülen en yaygın hastalık olduğu ilerleyen zamanlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olabileceği öngörülmüştür (15).

Dünya genelinde yapılan prevalans çalışmalarında yaşam boyu yaygınlığı %15-17, yıllık prevelans %6 olarak tespit edilmiştir (28). Depresyon genel olarak başlangıç yaşı, klinik özellikler bakımından ülkeler ve kültürler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışmasında ise (1998) 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta %4; olarak bulunmuştur (29).

Depresif bozukluk geçiren bireylerde özkıyım riski artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 700.000 den fazla insan özkıyım nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Özkıyım 15-29 yaş arası gençler arasında ölüm nedenleri içinde dördüncü sırada yer almaktadır (12).

Literatürde yer alan verilere göre kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Ek olarak kadınlarda daha sık tekrarlaması, nükslerin çok olması ve tedaviye yanıtın farklı olması görülen bulgulardandır (28).

Literatür verilerine bakıldığında sosyodemografik farklılıklara göre görülme sıklığının değişiklik gösterebileceği görülmektedir.

2.1.3. Depresyonun Etiyopatogenezi

Depresyonun multifaktöriyel bir etyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir. Birbiriyle etkileşim içinde olan genetik, biyolojik ve psikososyal faktörler olarak üç ana başlıkta toplanmaktadır.

2.1.3.1. Genetik Faktörler

Depresyon tanısı alan kişilerin, birinci derece yakınlarındaki hastalanma riski genel popülasyonla karşılaştırıldığında 2-3 kat kadar yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan ikiz çalışmalarında, MDB'nin %31-42 oranında kalıtımla geçtiği, yineleyici ve daha erken başlangıçlı depresyonda kalıtımın rolünün daha ön plana olduğu gösterilmiştir(30).

BDNF (Brain Derived Neurotrophic Factor) geni, monoamin oksidaz A geni, glutamaterjik genler gibi pek çok gende saptanan polimorfizmlerin, bozukluğun patofizyolojisinde çeşitli düzeylerde rol oynadığı gösterilmekle beraber, depresyona

neden olan sorumlu tek bir gen bulunamamıştır (31). Yapılan bir diğer çalışma da gen çevre etkileşimine dair veriler sunmaktadır. Olumsuz çevre koşulları gibi stres faktörleri bağımsız olarak etiyolojide yer alabileceği gibi genetik açıdan riskli gruptaki kişilerde var olduğunda gen etkileşimi sonucu depresyon riskini artırdığı öne sürülmektedir (32).

2.1.3.2. Biyolojik Faktörler

Biyolojik Aminler

Depresyonda birçok nörotransmitter ile ilgili biyokimyasal değişikliklerin ortaya çıktığı bilinmektedir. Değişikliklerin neden mi sonuç mu olduğu konusu halen tartışmalıdır(15).Konuyla ilgili daha çok serotonin (5-HT), noradrenalin (NA) ve dopamin (DA) monoaminlerinin birinin ya da birkaçının eksik olması ya da reseptörlerindeki sayı ve duyarlılık artışının depresyona neden olduğunu ileri süren "Monoamin Hipotezi" ilk olarak gündeme gelmiştir (33). Sonrasında yapılan çalışmalarla asetilkolin, nitrik oksit (NO), gama aminobütirik asit (GABA), histamin depresyon ile ilişkili diğer nörotransmitterler olarak eklenmiştir(34).

5-HT depresyonla en çok ilişkili olduğu bilinen ve çok sayıda çalışmaya konu olmuş bir biyolojik amindir Serotonerjik sistemin özellikle duygudurum, agresyon, uyku, iştah, vücut ısısı ve ağrı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (35). Depresyon hastalarında yapılan bazı çalışmalarda beyin omurilik sıvısında (BOS) seratonin metabolitleri düşük seviyede bulunduğu, serotonin aminoasit prekürsörü olan triptofanın plazma seviyelerinin azaldığı, 5-HT1A reseptör alt tipinin beynin farklı bölgelerinde azalmış yoğunlukta olduğu, serotonin taşıyıcısının orta beyin ve beyin kökünde azalmış olduğu bildirilmiştir (36)(37). Seratoninin çok sayıda alt tipinin tanımlanmasıyla birlikte depresyonda daha özgül tedaviler geliştirmek için çalışmalar devam etmektedir (38).

Noradrenalin seviyelerindeki azalma, beta adrenerjik reseptörlerdeki duyarlılık azalması, locus cereleusta noradrenalin taşıyıcılarının ve metabolitlerinin azalması noradrenerjik sistemin rol oynadığını desteklemektedir (39).

Dopamin reseptörlerinde aktivite azalması ve dopamin metaboliti olan homovalinik asit düşüklüğü dopaminin süreçte yer aldığını destekleyen bulgular arasında yer almakatadır. Haz almada azalma ve psikomotor yavaşlamanın bu nörotransmitterle ilişkili olduğu öne sürülmektedir (40).

Ayrıca, depresyon gelişimi ve tedavisinde glutamaterjik sistemin rol oynadığını düşündüren çalışma bulguları da mevcuttur. Glutamat salınımını önleyen ilaçların (lamortrijin, lityum gibi) ve NMDA reseptör antagonisti ketaminin antidepresan etkilerinin olması, depresyon tanısı almış kişilerde MR (manyetik rezonans) spektroskopi ile glutamat düzeyinde değişiklikler tespit edilmesi bu bulgular arasında yer almaktadır (41).

Nöroendokrinolojik Faktörler

Depresyonla ilişkili olduğu öne sürülen endokrin sistemler HPA (Hipotalamus-Pituitary-Adrenal) aks, Hipotalamo-pitüiter-tiroid aks, büyüme hormonu, prolaktin, melatonin, folikül uyarıcı hormon, lüteinizan hormon ve testosterondur (42).

Depresyon hastalarında yapılan çalışmalarda, HPA (Hipotalamus-Pituitary-Adrenal) aksta aktivite artışı, yüksek kortizol seviyeleri gibi HPA ekseni ile ilişkili değişiklikler olduğu ortaya konmuştur (43). Yüksek kortizol seviyelerinin, antidepresan tedavi sonucu depresif belirtilerin gerilemesiyle normal aralığa geldiği belirtilmiştir (44). HPA aksta aktivite artışının devam etmesi, kortizol düzeylerinin yüksek seyretmesi tedavi yanıtını olumsuz etkilediği gösterilmiştir (45). HPA eksenindeki anormalliklerin özellikle melankolik ve psikotik özellik gösteren depresyonlarda daha ön planda yer aldığı ileri sürülmektedir(46) (47).

Hipotalamo-pitüiter-tiroid aksına bakıldığında, tiroid serbestleştirici hormon (TRH) uyarımına karşı artmış tiroid stimulan hormon (TSH) yanıtı, subklinik hipotiroidi depresyon ile ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (48).

İmmünolojik Mekanizmalar

Depresif hastalarda yapılan çalışmalarda, proinflamatuar belirteçlerin yüksek seviyelerde olduğu ve bu yükseklik ile depresyon şiddeti arasında korelasyon olduğu gösterilmiştir (49). C-reaktif protein, interlökin 6, interlökin 1 ve tümör nekroz faktörü alfa gibi belirteçler depresif popülasyonda sağlıklı bireylere kıyasla yüksek olduğu saptanan proinflamatuar belirteçler arasındadır. Antidepresan tedavi depresyonda yükselen proinflamatuar belirteçlerin üretimini baskılayarak normale dönmesini sağlamaktadır (31).

Yapısal Beyin Görüntülemesi

Depresyonun nöroanatomisine yönelik yapılan pek çok araştırma beynin bir çok farklı bölgesinin sürece katılım sağladığını göstermektedir. Depresyonu olan hastalarda yapılan görüntüleme çalışmalarında; hipokampal hacimde azalma olduğu bilinmektedir. Bu bulgunun hastalığın hangi bileşeni ile alakalı olduğu netlik kazanmamış olsa da hastalıkta sık görülen bellek yakınmaları ile ilgili olabileceği öne sürülmektedir (30). Fonksiyonel MR ile yapılan görüntüleme çalışmalarında, depresif belirtileri olan hastalarda ön singulat, orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, striatum ve orta temporal lob gibi beyin bölgelerinde yapısal ve işlevsel değişiklikler bulunmuştur (31).

Pek çok farklı bölgenin gündeme gelmesi tek bir beyin bölgesinden ziyade süreçten beynin farklı bölgeleri arasındaki bağlantı yolaklarının sorumlu olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlantı yolakları içinde; serotonin aracılığıyla düzenlenen amigdala, ön singulat korteks, medyal prefrontal korteksi içeren medyal prefrontal limbik ağ ve dopamin aracılığıyla düzenlenen ventral striatum, orbitofrontal ve medyal prefrontal korteksi içeren ödül ağı yer almaktadır (31).

Yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında ilginç yeni bulgulardan biri depresyonda inferior frontal girusun (İFG) bilateral olarak artan fonksiyonel bağlantısıdır (13)(14). Sağ inferior frontal girus davranış kontrolü ve inhibisyon da görev alan bir merkez olarak, etkisiz olması durumunda inhibisyon işlevi olumsuz etkileneceğinden, çok fazla davranış üretimi olacağından dürtüsellik ile ilişkili olduğu bilinmektedir (50). Sol inferior frontal girus ise Broca alanı olup dil üretiminde görev alması ile bilinmektedir (51).

Depresyon etyolojisinde inferior frontal girus varlığını vurgulayan bir başka nörogörüntüleme çalışmasında;sağlıklı gönüllülere kıyasla depresyon tanılı hastalarda inferor frontal girus hacminin azaldığı ve inferior frontal girusun operküler kısmının hacmi ile depresyon beliritilerinin şiddeti arasında anlamlı birliktelik olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada antidepresan etkinliği olan ketamin uygulaması ile operkuler İFG'nin yapısal değişikliklerinin normalleştiği ve depresif belirtilerin önemli ölçüde iyileştiği gözlemlenmiştir (52).

2.1.3.3. Psikososyal Faktörler

Psikososyal zedelenmelerin depresyona yatkınlık açısından önemli olduğu bilinmektedir. Ekonomik sorunlar, aile ve iş yaşamındaki çatışmalar, beden sağlığının bozulması, sevgi nesnesinin yitimi başlıca psikososyal faktörler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda stresli yaşam olayları ile depresyonun korele olduğu bulunmuştur (53). Özellikle erken çocukluk döneminde anne babadan uzun süreli ayrılık dönmeleri veya herhangi birinin kaybı en önemli psikosoyal faktörlerden biridir. Yine benzer şekilde çocukluk döneminde travma varlığı depresyonun şiddet ve süre açısından daha olumsuz seyretmesi ile ilişkili bulunmuştur (21).

2.1.4. Depresyon ve Psikolojik Modeller

2.1.4.1. Psikanalitik Kuram

Karl Abraham tarafından geliştirilen ve Freud tarafından detaylandırılan bu modelde gerçek ya da imgesel bir sevgi nesnesi yitiminden bahsedilmektedir. Bu yitim duygusunun eşliğinde "sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötü biriyim" duygusu oluşmaktadır. Bu yitim duygusu beraberinde bilinçdışı kin ve nefreti de uyarmaktadır. Katı süperego sebebi ile mevcut kin ve nefret bireyin kendisine yöneltilip, özsaygıda azalmaya sebep olmaktadır. Özsaygı da azalmanın varlığı, analitik kuramda depresyonu yastan ayırıcı en önemli özelliktir (15).

Psikanalitik kuram çerçevesinde ego psikologları tarafından getirilen açıklama klasik açıklamayı destekler niteliktedir. Alanda çalışan Edward Bibring'e göre benliğin özsaygısını koruyabilmek için yerine getirmekten sorumlu olduğu, özel amaçları vardır. Stresli bir yaşam olayı neticesinde bu amaçları gerçekleştirememe duygusu ile benlik güçsüz ve çaresiz kalır, bu durumda çökkünlük hali meydana gelmektedir (15).

2.1.4.2. Bilişsel Kuram

Depresyon bilişsel görüşe göre; bilişsel bozukluğa ikincil gelişen bir duygudurum bozukluğudur. A.T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bu kuramın merkezinde şemalar vardır. Şema; kendilik ve geçmiş tecrübelerden oluşan, kişinin bilişsel yapılanmasının kalıcı özelliklerini taşıyan bilgi birikimleri olarak tanımlanmıştır. Kişi bir olayla karşı karşıya kaldığında olayla en alakalı şema etkinleşir. Şemanın etkinleşmesi sonrasında kişinin olayla ilgili bilgiyi algılaması,

kodlaması ve geri alması şekillenir. Depresyondaki kişilerde ise olumsuz şemalar vardır (54).

2.1.4.3. Davranışçı Kuram

Davranışçı modelde Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik" görüşüne göre üstesinden gelinemeyen geçmiş yaşantılar bir davranış kalıbı öğrenilmesine neden olur ve depresyon ortaya çıkar. Bu görüşe göre çocukluktan beri çaresizlik hislerini kontrol altına alma çabalarının işe yaramadığını öğrenmiş bireylerin, herhangi bir olumsuz yaşantıyla karşılaştıklarında ''bunun da üstesinden gelemem'' düşüncesinden hareketle depresyon oluşumu tetiklenebilmektedir. Bu kuram günümüzde önemini kaybetmiştir çünkü depresyonda uyaranın sadece varlığı değil bunu kişinin nasıl algıladığı ya da ne şekilde genelleştirdiği gibi noktalar da önem kazanmaktadır (55).

2.1.5. Depresyonun Klinik Belirtileri

Depresyon ilgi kaybı ve zevk alamama ana belirtileri ile seyreden, oldukça sık görülen ve bireyde çeşitli psikofizyolojik değişimlere neden olan, bireyin işlevselliğine önemli oranda etkileri yansıyan bir klinik tablodur.

Depresif duyguduruma sahip bir hasta görünüm itibari ile üzgün, yüz çizgileri belirgin, kendine bakımı azalmış, durgun ya da aksine huzursuz gözükebilir. Hafif ve orta şiddetteki depresyonda belirgin olmasa da ağır depresyonda konuşmanın hızı, tonu ve miktarında azalma gözlemlenebilmektedir. Depresif hastalarda bilinç bozukluğu görülmez, kişi yer ve zaman yönelimlerinde bozulma beklenmez ancak hastalarda sıklıkla unutkanlık yakınmasına rastlanmaktadır. Düşünce hızında yavaşlamayla birlikte düşünce içeriğinde çaresizlik, umutsuzluk, suçluluk, bedensel yakınmalar vardır. Şiddetli tablolarda ölüm ve özkıyım düşünceleri de bulunabilmektedir. Hareketlerde yavaşlama da gözlenebilen belirtiler arasındadır.

Hastaların çoğunda iştahta azalma ve beraberinde kilo kaybı olabilir, daha nadir olarak yeme isteğinde artış ve kilo artışı ile de seyredebilmektedir. Yine sindirim sistemindeki genel yavaşlamayla birlikte kabızlık görülebilmektedir. Hastada yaşamın her yönüne karşı genel bir isteksizlik olduğundan cinsel istek ve eylemde azalma, zevk alamama da hastalığın bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların çoğunda uykuya dalmada güçlük, uykunun sık sık bölünmesi, uyku miktarında ve derinliğinde

azalma olmaktadır. Sabah yataktan dinlenmeden kalkma, enerji azlığı, halsizlik ve yorgun hissetme hastaların sıklıkla dile getirdiği belirtilerdendir.

2.1.6. Güncel Sınıflandırma

2.1.6.1. ICD-10 Tanı Kriterleri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenen International Classification of Diseases (ICD-10), Uluslararası Hastalık Sınıflandırması sınıflamasının 10. baskısında depresif nöbet için tanı kriterleri en az 2 hafta süre ile devam eden depresif duygudurum, ilgi ve zevk azlığı, enerji azlığı, eşlik eden dikkat problemleri, gelecek ile ilgili karamsar düşünceler, özsaygı ve özgüvende azalma, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, intihar düşünceleri, uykuda bozulma, iştah azalması olarak belirtilmiştir. Alt başlıklarda "Depresif nöbet" ve "Yineleyici depresif bozukluk" şeklinde sınıflandırılmıştır. ICD-10'da sınıflandırılan her iki grupta da vurgu hastalık şiddeti üzerine yapılmıştır. Hastalık şiddeti hafif, orta ve ağır olarak belirlenmiştir. Ek olarak bedensel belirtilerin var olduğu ve olmadığı tip olarak iki farklı kodlama belirtilmiştir (56).

2.1.6.2. DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden en az beşi mevcuttur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri depresif duygudurum ya da ilgi-istek ya da zevk almada azalmadır.

Not: Açıkça başka bir tıbbi duruma bağlı belirtileri dahil etmeyin.

1. Kişinin öznel olarak bildirdiği (ör; üzüntülü ve boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) veya başkalarınca gözlenen; günün çoğunda ve hemen her gün olan depresif duygudurumun bulunması (Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum olabilir.)
2. Neredeyse her gün, günün çoğunda tüm veya neredeyse tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da etkinliklerden zevk alamama olması (öznel anlatıma göre ya da gözlemle belirlenir.)
3. Diyet yapmıyorken çok kilo verme veya kilo alma (ör; bir ay içerisinde beden ağırlığının %5'inden daha fazla değişiklik) ya da neredeyse her gün iştahta azalma ya da artma (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama dikkate alınmalıdır.)
4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da fazla uyuma

5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon (başkalarınca gözlemlenebilir; yalnızca öznel olarak hissedilen yerinde duramama ya da yavaşlama duygusu değildir.)
6. Neredeyse her gün yorgunluk ya da enerji azalması
7. Neredeyse her gün, değersizlik veya aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısal olabilir) (Yalnızca hasta olduğundan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değildir)
8. Neredeyse her gün düşünmekte ya da konsantre olmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenen)
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özgül plan yapmaksızın yineleyici intihar düşünceleri ya da kendini öldürmek üzere özgül plan yapma

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Not: A'dan C'ye kadar olan tanı ölçütleri bir majör depresif dönemi temsil eder.

D. Major depresif dönem şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrısal bozukluk ya da şizofreni spektrum bozuklukları kapsamında diğer belirlenmiş ya da belirlenmemiş bozukluklar veya diğer psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir manik ya da hipomanik dönem olmamıştır.

Not: Mani ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Depresyon Bozuklukları alt başlıklar olarak;

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu,
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi),
- Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu,
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu,
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,

- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu,
- Tanımlanmış Bir Diğer Depresyon Bozukluğu ve
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu şeklinde sıralanmıştır.

DSM-5 tanı ölçütlerinde Major Depresif Bozuklukta tek dönem ve yineleyen dönemleri için ağırlık belirleyicisi olarak "hafif, orta ve ağır" olmak üzere üç derece tanımlanmıştır. Ağırlık tanı ölçütü belirti sayısına ve bu belirtilerin şiddetine ve işlevsel yeti yitiminin derecesine göre belirlenmektedir.

2.1.7. Depresyon Bozuklukları Belirleyicileri (Alt Tipleri)

Depresyon belirliyicilerine DSM-5'de karma, melankolik, bunaltılı, atipik, duygudurumla uyumlu ve uyumlu olmayan psikotik özellikli, katatonik, peripartum başlangıçlı ve mevsimsel olarak yer verilmiştir. (26).

2.1.7.1. Bunaltılı depresyon

Depresyon döneminin çoğuna eşlik eden bunalma ya da gerginlik hissi gibi anksiyete belirtilerinin varlığı ile karakterizedir. Bunaltılı depresyonda hastalığın gidiş özellikleri daha olumsuz olup, özkıyım riski daha yüksektir ve tedaviye yanıt alınamama olasılığı daha fazladır(15).

2.1.7.2. Karma Özellikli Depresyon

Depresyon döneminin neredeyse her gününde, günün büyük bir bölümünde mani/hipomani belirtilerinin en az üçünün varlığı ile tanımlanmaktadır. Karma özelliklerle giden depresyonlarda bipolar bozukluk gelişme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle tedavi planı ve yanıtında bu durum önem arz etmektedir (15).

2.1.7.3. Melankolik Özellikli Depresyon

Olağan etkinliklere karşı ilgi ve zevk kaybı, çevresel koşullarla belirtilerin düzelmemesi, sabah erken uyanma ve daha kötü hissetme, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon, iştah azalması ve kilo yitimi, libido azalması, aşırı suçluluk düşünceleri ile seyreden depresyon alt tipidir. ICD-10'da bu alt tipin belirtilerine "somatik belirtiler" olarak yer verilmiştir. DSM-5'te ise melankolik alt tür olarak sınıflandırılmıştır. Melankolik alt tipte biyolojik anormalliklerin görülme olasılığının daha yüksek olduğu bilinmekte ve bu nedenle "endojen depresyon" olarak da adlandırılmaktadır (15).

Melankolik alt tip intihar riskinin yüksekliği ve belirtilerin şiddetli olmasıyla ilişkilendirilmiştir (57).

2.1.7.4. Atipik Özellikli Depresyon

Atipik depresyonda çevresel koşullarla depresif belirtilerin hafiflemesi, halsizlik, uyku ve iştahta artma ve insan ilişkilerinde duyarlı olma en temel özellikleridir. Bütün depresyonların üçte birinde atipik özellikler saptanmıştır. Atipik depresyonun başlangıç yaşının daha erken olduğu, daha sık anksiyete belirtilerinin eşlik ettiği ve kadınlarda görülme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (57).

2.1.7.5. Psikotik Özellikli Depresyon

Psikotik belirtiler DSM-5 te yer aldığı üzere duygudurumla uyumlu ya da duygudurumla uyumsuz olabilir. Ancak hastalık dönemine eşlik eden sanrı ve varsanılar duygudurumla uyumlu ve uyumlu olmayanların bir arada bulunabildiği belirtilmiştir. Değersizlik, suçluluk duyguları, psikomotor ajitasyon ve özkıyım düşünceleri sık görülmektedir. Erken başlangıç yaşı, şiddetli seyir, hastalık süresinin uzunluğu ve alevlenme riskinin yüksekliği ile diğer alt tiplerden ayrılmaktadır. Psikotik özellikli depresyon tanılı kişilerin birinci derece yakınlarında psikotik özellik taşımayan alt tiplere göre bipolar bozukluk ve şizofreni tanısının daha sık olduğu görülmüştür(58).

2.1.7.6. Katatoni ile Giden Depresyon

Katatoninin klinik görünümünde stupor, katalepsi, balmumu esnekliği, mutizm, negativizm, postür alma, manyerizm, sterotipik davranışlar, dış uyarana bağlı olmayan ajitasyon, yüzünü buruşturma, ekolali, ekopraksi belirtilerinden üç veya daha fazlası bulunmaktadır(26). Katatonik belirtiler depresyonda çok sık rastlanmasa da yaşamı tehdit edici yönüyle hızlı tanı ve tedaviyi gerektirir. Sıvı ve gıda alımının sağlanması, derin ven trombozunun ve yatak yaralarının önlenmesi koruyucu tedavi sürecinin bir parçasıdır. Koruyucu tedavi dışında benzodiazepinler ve EKT tedavi yaklaşımını oluşturmaktadır (57).

2.1.7.7. Peripartum Başlangıçlı Depresyon

Duygudurum belirtileri gebelik sırasında veya doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkmaktadır. Peripartum depresyonun her yedi kadından birini etkilediği

bildirilmiştir. Geçirilmiş depresyon varlığı peripartum depresyon gelişimi için en güçlü risk faktörüdür. Peripartum depresyonu olan kadınlar bipolar bozukluk, postpartum psikoz, özkıyım riski açısından değerlendirilmelidir (59).

2.1.7.8. Mevsimsel Özellikli Depresyon

Mevsimsellik yılın belli zamanlarında başlayıp biten çökkünlük tablosunu ifade etmektedir. Hastalar genellikle sonbahar ve kış aylarında depresyon yaşar ve ilkbahar ve yaz dönemlerinde düzelme göstermektedir. Bu alt tipte atipik belirtiler ve bipolariteye sık rastlanmaktadır (57). Bu dönemsellik en az iki yıl devam etme ve son iki yılda en az iki mevsimsel depresyon dönemi geçirmiş olma ile karakterizedir. Aynı zamanda bu süreçte mevsimden bağımsız depresyon dönemlerinin olmaması beklenmektedir (60).

2.1.8. Gidiş ve Sonlanış

Depresyon tekrarlayan dönemlerle seyreden bir hastalıktır ve tek bir depresyon dönemi geçiren hastaların %50-60 ı ikinci bir depresyon dönemi yaşamaktadır. Her yineleme bir sonraki yineleme riskini belirgin oranda artırmaktadır (61). Sık tekrarlayan hastalarda kronikleşme olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir. İki depresyon döneminden sonra kronikleşme olasılığı %20 iken artan hastalık dönemi sayısı ile bu olasılık artmaktadır (62).

Tedavi almayan hastalarda depresif belirtilerin süresi 6-13 ay iken, tedavi ile belirti süresi 3 aya kadar indirilebilmektedir (63). Depresyon hastalarının etkin doz ve etkin süre tedavi almalarına rağmen yaklaşık %50 sinin tedaviden yanıt alamadığı bilinmektedir. Etkin doz ve sürede antidepresan tedaviye olumlu yanıt alınan hastaların dahi %70'inde eşik altı belirtilerin devam ettiği bilinmektedir (64). Bu duruma yol açan depresyonun kötü prognostik faktörleri, depresif belirtilerin şiddetli olması, psikotik belirtilerin varlığı, psikososyal destek azlığı, hastane yatış öyküsünün varlığı, eşlik eden alkol kullanımı, erken başlangıçlı olması, erkek cinsiyet ve ek kişilik bozukluğu tanısının olması şeklinde belirtilmiştir (21).

2.2. MİZOFONİ

2.2.1. Mizofoni Tanımı ve Tarihçesi

Mizofoni; kökensel olarak Yunanca nefret anlamına gelen “misos” ve ses anlamına gelen “fone” kelimelerinin birleşimi ile meydana gelmiştir.

Alanda yapılan birçok çalışmada mizofoni fikir birliğiyle, diğer insanların oluşturduğu günlük seslere, hayvan seslerine, klavye ve kalem tıklatması gibi tekrarlayan seslere orantısız şekilde duygusal tepki vermek olarak tanımlanmıştır (5).

Verilen duygusal tepkiyi ortaya çıkaran bazı sesler nefes alma, hırıltılı solunum, çiğneme, yemek yeme, höpürdetme, dudak şapırdatma veya parmak eklemlerini çıtlatma olarak tanımlanmıştır. Tanımlanan seslerle ortaya çıkan duygusal tepkilerin ise sıkıntı, rahatsızlık, anksiyete, öfke, tiksinti, nefret ve bazen kişinin kontrolünü kaybetmesine varıncaya kadar şiddetli tepkiler olabildiği gözlemlenmiştir (5)(2).

Bu klinik durum ilk kez 1997 yılında odyolog Marsha Johnson tarafından Seçici Ses Hassasiyeti Sendromu veya 4S (Selective Sound Sensitivity Syndrome) olarak ele alınmış, ancak mizofoni olarak ilk tanımlanması 2001 yılında Jastreboff tarafından gündeme getirilmiştir (1).

Mizofoni alanında çalışmalar son 20 yıldır hız kazanmıştır henüz DSM-5 ve ICD-10 gibi tanı sınıflamalarında yer almamaktadır (65). Ancak yapılan birçok çalışma mizofoninin kliniği, seyri ve etyolojisi ile ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanması gerektiğinin savunmaktadır (65) (66).

2.2.2. Mizofoni Epidemiyolojisi

Mizofoni yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalar alanda önerilen farklı tanı kriterleri ve farklı anketlerle yapıldığı için farklı sonuçlar verdiği gözlenmiştir.

Wu ve arkadaşları tarafından 2014 yılında geliştirilen Mizofoni Ölçeği ile gerçekleştirilen, 483 lisans öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık % 20 sinde klinik olarak önemli derecede mizofoni semptomları gösterdikleri belirlenmiştir (67). Yine aynı ölçek kullanılarak 2017 yılında yapılan Zhou ve arkadaşlarının çalışmasına 415 üniversite öğrencisi katılmış, sese karşı hassasiyet

yaşayanların oranının %20, klinik anlamda mizofoni belirtileri gösterenlerin oranının %6 olduğu tespit edilmiştir (68).

Ankara da 541 kişinin katıldığı bir çalışmada Kılıç ve arkadaşları kendi önerdikleri tanı ölçütlerine göre mizofonin toplumdaki yaygınlığını %12,8 olarak açıkladılar (69).

İngiltere'de Nottingham Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında, Amsterdam Mizofoni Ölçeği ile yapılan bir diğer çalışmada, 336 öğrencinin %49,1'inin ölçek puanlarına göre anlamlı düzeyde mizofoniye sahip olduğu ortaya konmuştur (70).

Siepsiak ve arkadaşları tarafından kendi geliştirdikleri ölçekle yapılan bir başka çalışmada, psikiyatri kliniğinde depresyon tanısı ile yatan hastalarda mizofoni yaygınlığı %8,5 bulunmuştur (11).

2.2.3. Mizofoni Etyolojisi

Mizofoninin etiyolojisi ile ilgili bilgilerimiz kısıtlı olmakla beraber alandaki çalışmalar nörobiyolojik, psikofizyolojik ve kalıtsal faktörlerin süreçte rol aldığını düşündürmektedir.

2.2.3.1. Nörobiyolojik Faktörler

Schröder arkadaşları tarafından hastalığın nöroanatomik bağlantılarını belirlemek için yapılan bir fonksiyonel MRG çalışmasında; 21 mizofonik, 23 sağlıklı kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara görsel ve işitsel olarak mizofonik ve nötr uyaranlar verilip; duygusal ve davranışsal tepkileri ölçülmüştür. Sonuçta hastalarda meydana gelen öfke, tiksinme gibi duygulara bağlı olarak sağ insula, sağ ön singulat korteks ve sağ süperiyor temporal kortekste aktivite artışı gözlenmiştir (71).

Mizofoni etiyolojisinin ele alındığı bir diğer çalışmada orofasiyal hareketlerle ilgili ayna nöron sisteminin mizofoniyi tetikleyebileceği hipotezi üzerinde durulmuştur. Bu çalışmada fMRI sonuçları mizofonisi olan ve olmayanlar olarak karşılaştırılmış ve işitsel, görsel korteks ile orofasiyal hareketlerden sorumlu ventral premotor korteks arasında güçlü bağlantılar olduğu, tetikleyici seslerin bu bölgelerde güçlü aktivasyona yol açtığı saptanmıştır (72).

Mizofoninin nörobiyolojik kökenini aydınlatmak için yapılan bir diğer çalışmada mizofonik bireylerde sağ amigdala hacminin sağlıklı kontrollerden daha büyük olduğu, sol amigdala ile serebellum arasındaki bağlantılarda hiperaktivasyon olduğu, dikkat merkezi ile lateral oksipital korteks ve fusiform girus arasında da bağlantılarda hiperaktivasyon olduğu saptanmıştır. Bu durum da mizofonide duygusal ve dikkat işlev bozukluğunu içeren yapısal ve işlevsel anormallikler olduğunu desteklemektir (73).

Mizofoninin nörobiyolojisine dair yapılan bir gözden geçirme çalışmasında dikkat çeken bağlantı artışlarından birinin de temporoparyetal bileşke ve sağ inferior frontal girus arasında olduğu görülmüştür (6). Mizofoni ile birlikteliği bilinen klinik tablolardan biri olan duyusal işlemleme hassasiyetinin değerlendirildiği bir çalışmada duysal işlemleme hassasiyetini ölçen ölçek skorları ile inferior frontal girusun da içinde bulunduğu çeşitli beyin bölgelerindeki aktivasyonların pozitif ilişkili olduğu gösterilmesi dikkat çekmektedir (74)(75)(76).

İnferior frontal girus çeşitliliğine bakıldığında dil işleme, konuşma üretimi, motor kontrol, yanıt inhibisyonu, içsel farkındalık ve semantik işleme gibi çeşitli görevlerde yer alan önemli bir bölge olduğu görülmektedir (7). Ayrıca mizofonide güçlük yaşandığı bilinen vokal duyguları, sözlü ve sözsüz ifadeleri işleme, duyusal işlemleme, insan seslendirmelerindeki duygusal ipuçlarını dikkatli bir şekilde çözümleme ve bilişsel değerlendirme görevlerinden sorumludur (8). Mevcut bulgular varlığında mizofonin etyopatogenezinde inferior frontal girusun dahil olduğu bağlantı artışı yeni bir araştırma alanı olarak göze çarpmaktadır.

2.2.3.2. Psikofizyolojik Faktörler

Jastreboff ve arkadaşları tarafından mizofoni; işitme yolakları, limbik sistem ve otonom sinir sistemi arasındaki bağlantılarda patolojik bir artış sebebiyle, seslere karşı hem duygusal hem de otonomik olarak aşırı tepki verilmesi olarak açıklanmıştır (77). Claiborn ve arkadaşları tarafından mizofonik tepkinin sesin sebep olduğu duygusal refleks ile bağlantılı istemsiz fiziksel bir tepki olduğu öne sürülmüştür (78).

Mizofoniyi incelemek için psikofizyolojik ölçümleri ilk uygulayan çalışmada sağlıklı gönüllüler ve mizofonili hastalar bazı tetikleyici seslere maruz bırakılmış ve deri iletkenlik tepkileri değerlendirilmiştir. Mizofonili hastalarda daha yüksek deri

iletkenliği gözlendiği saptanmıştır. Bu bulgu mizofonik tepkilerin otonom sinir sisteminde ölçülebildiğini ortaya koymuştur (4).

2.2.3.3. Kalıtsal Faktörler

Alanda yapılan bir genetik analiz çalışmasında mizofoni hastalarında kromozom 5q34 anormalliklerinde normal popülasyona göre artış olduğu saptanmıştır (79). Mizofoninin kalıtsallığını vurgulamak üzere yapılan bir başka çalışmada mizofonik belirtileri olan kişilerin üçte birinin yine ailelerinde de benzer mizofonik belirtilerin olduğu görülmüştür (80). Bir diğer çalışmada, aynı ailenin 3 kuşağında toplam 15 kişide mizofoni belirtileri görülmesi hastalığın kalıtsallığını desteklemektedir (81). Smit ve arkadaşlarının çalışmasında ise mizofoninin ruhsal bozukluklar ile genetik ilişkisi olduğuna dair bulgulara yer verilmiştir (82).

2.2.4. Mizofoni Kliniği

Mizofoni, seslerin bireyde yoğun duygusal reaksiyonu ve otonomik uyarılmayı aktive ettiği kronik seyirli bir tablodur (4). Ağız şapırdatma, çiğneme, yutma, nefes alıp verme, burun çekme, hapşırık, kalem sesi, kâğıt buruşturma, saat tik takı, tabağa vuran çatal kaşık sesi, ayakkabı gıcırtısı, elektrikli alet sesleri, havlama, sayfa çevirme sesi tanımlanan tetikleyici sesler arasında yer almaktadır (69). Kişinin tepkisinin ve rahatsızlık duymasının sesin şiddetinden bağımsız bir durum olduğu ancak sese maruz kaldığı ortam ve sese neden olan nesne ile ilişkili olarak değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir (1).

Tetikleyici seslere maruziyetle, mizofonisi olan kişilerde öfke, iğrenme veya kaygı gibi güçlü duygular ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bazı kişilerde tetikleyici seslere maruziyetle duygusal tepkilere ek olarak sempatik sistem aktivasyonu ile ilişkili olduğu bilinen; vücudun çeşitli bölgelerinde olan basınç hissi, çarpıntı, taşikardi, tansiyon yüksekliği, ateş yüksekliği, nefes darlığı gibi fiziksel beliritiler eşlik etmektedir (4).

Bazı çalışmalarda ses öfkesine ek olarak ya da ses öfkesi olmaksızın rahatsız edici faktörün bacak sallamak, parmağını masaya vurmak gibi tekrarlayan bir hareket olabileceği ve bu durumun "mizokinezi" olarak adlandırıldığı görülmüştür (70). Bir çalışmada mizofoni tanısı konulan 42 hastanın beşinde mizokinezinin tabloya eşlik

ettiği ve genel popülasyonda mizokinezi sıklığını araştıran bir diğer çalışmada misokineziye üçte bir oranında rastlandığı görülmüştür (5)(83).

Kişiler, tetikleyici seslerle karşılaştığında yoğun bir sıkıntıyla bu durumla baş etmeye çalışıp, kaçınma davranışı gösterebilmektedir. Sesi duymayı engellemeye yönelik kulaklık ve benzeri cihaz kullanımı ve kaçınmayı içeren baş etme yöntemleri bildirilmiştir (84). Tetikleyici sesi çıkaran kişiyi uyarmak, kişiye tepki göstermek, kişiyle tartışmak veya tetikleyici sesin sahibine sözlü veya fiziksel saldırganlık göstermek kişilerin baş etme yöntemleri arasındadır (85).

Bu durum kişinin tetikleyici sese ne zaman maruz kalacağının bilinmezliği açısından genellikle yoğun bir anksiyeteyle birlikte günlük işlevsellik, mesleki, kişilerarası ve akademik alanlarda ciddi bozulmalara yol açabilmektedir (4).

Mevcut kliniğin başlangıç yaşı ve seyrine bakıldığında, belirtilerin çoğunlukla çocukluk ya da ergenlik çağlarında başladığı bildirilmiştir (3). Mizofoni alanında yapılan pek çok çalışmada başlangıç yaşı ortalama 13 olarak bulunmuştur (5)(2) (9). Mizofoninin klinik seyri ile ilgili veriler ise oldukça sınırlıdır. Az sayıdaki çalışmaya göre ergenlik çağlarında başlayan ve kronik seyirli bir tablo olduğu görülmektedir. Ancak belirtilerin değişkenliği ve sonlanımıyla ilgili yeterli veri bulunmamaktadır (86).

Yapılan çalışmalarda risk faktörleri üzerinde fikir birliğine varılamamakla birlikte bir çalışmada cinsiyet ve etnik köken olarak bir fark olmadığı gözlemlenmiştir (67). Bir diğer çalışmada ise mizofoni belirtileri ile nevrotiklik ve duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (87).

2.2.5. Sınıflandırma ve Tanı

Mizofoni odyoloji literatüründe Düşük Ses Toleransı hastalık grubunda yer almaktadır. Sese karşı seçici bir duyarlılık olarak tanımlanmakla birlikte sesin fiziksel özellikleri ve kişinin işitme sistemindeki herhangi bir farklılıkla alakalı olmadığı sonucuna varılmıştır (88). Tetikleyici sesin anlamı, sosyal bağlamı ve yorumu bu seslere verilen yanıtı etkiliyor gibi görünmektedir (89). Mevcut durum üzerine mizofoninin psikiyatrik bir semptom ya da tanınması gereken bir ruhsal bozukluk olduğu öne sürülmüş ve alandaki çalışmalar hız kazanmıştır.

ICD ve DSM içinde mizofoni henüz kendine yer bulamamıştır. Ancak bu klinik tablo için önerilen tanı kriterleri ve şiddetini değerlendirmek için geliştirilen ölçekler

bulunmaktadır. Alanda yapılan öncelikli çalışmalardan birinde Schröder ve arkadaşları tarafından, elde ettikleri veriler doğrultusunda mizofoni için tanı ölçütleri belirlenmiştir. Bu tanı ölçütleri;

A. Bir insan tarafından çıkarılan belirli seslere, (örneğin yemek yeme, nefes alma sesleri) iğrenme veya rahatsız olma ile başlayıp öfkeye dönüşen, dürtüsel bir fiziksel tepki ya da beklentisi vardır.
B. Öfke, kişide özdenetim kaybına nadir olarak da agresif patlamalara yol açar.
C. Kişi, iğrenme ve öfkesini aşırı, mantıksız ve tetikleyen stres etkeni ile şartlara göre abartılı bulur.
D. Kişi mizofonik durumdan kaçınma çabasındadır ve kaçınamazsa mizofonik sese yoğun bir rahatsızlık, iğrenme veya öfke ile katlanır.
E. Kişinin iğrenme, kaçınma veya öfkesi ciddi bir sıkıntıya ve kişinin günlük yaşantısında belirgin kısıtlanmaya yol açar.
F. Kişinin iğrenme, kaçınma veya öfkesi, travma sonrası stres bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk gibi bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz (5).

Yine aynı çalışmada, hem mizofoni hem OKB'de belirli bir tetikleyici ile şikayetlerin başlaması, rahatsızlığı azaltmak için yapılan davranışlar (kaçınma) olumsuz olan bir duyguyu giderme amacıyla yapıldığından mizofoninin obsesif kompulsif spektrumda yer alması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Mizofoni şiddetini değerlendirmek amacıyla Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği'nden uyarlanan Amsterdam Mizofoni Ölçeği'ni (A-MISO-S) geliştirmişlerdir (5).

Schröder tarafından önerilen tanı kriterleri Jager ve arkadaşları tarafından daha kapsayıcı olarak ele alınmış, tanı için bütün kriterlerin sağlanması gerektiği ön plana çıkarılmıştır. Yeniden düzenlenen kriterler aşağıdaki şekildedir;

A. Çoğunlukla başka biri tarafından oluşturulan, belirli dış seslerden rahatsız olunur.
B. Tetikleyici seslere yoğun duygusal yanıt verilir. (örneğin, öfke ve tiksinti),
C. Yoğun duygusal tepkiler ile kontrolü kaybetme duygusu hakimdir.
D. Tetikleyici seslere maruziyetten kaçınma ya da yoğun duygusal tepkiler ile tetikleyici seslere katlanma vardır.

E. Tepkiler sebebi ile günlük yaşamdaki işlevsellik etkilenir.
F. Yukarıda bahsedilen semptomlar başka bir teşhis ile daha iyi açıklanamaz (9).

Dozier ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise mizofoni için aşağıdaki tanı kriterleri önerilmiştir.

A. Uyaran, vücutta bir fiziksel tepkiye yol açar (kas kasılması, sıcaklık basması, ağrı veya herhangi bir his). Fiziksel tepkinin her zaman tanımlanamayacağı ancak ani fiziksel tepki varlığının mizofoni lehine bir kanıt olarak kullanılabileceği unutulmamalıdır.

B. Uyarana makul bir süre maruz kalmak (örneğin, 15 saniye) genel fizyolojik uyarılmayı (örneğin terleme, artmış kalp hızı, kas gerginliği) ortaya çıkarır.

C. Nadir ancak potansiyel olarak agresif patlamalarla birlikte düşünce ve duyguda düzensizlik gözlenir. Agresif patlamalar çocuklarda sık olabilir.

D. Sonradan kişi tarafından olumsuz duygusal deneyimlerin aşırı, mantıksız ve koşullarla orantısız olduğu fark edilir.

E. Kişi, mizofonik durumdan kaçınma eğilimindedir ya da ondan kaçınamazsa, mizofonik uyarana rahatsızlık ve sıkıntı duyarak katlanır.

F. Kişinin duygusal ve fiziksel deneyimi, kaçınma ve kaçınma çabaları, kişinin yaşamında önemli sıkıntılara veya önemli etkilenmelere neden olur (78).

Öz ve arkadaşları tarafından önerilen diğer tanı ölçütleri ise şunlardır (69).

1. Mizofoni Belirti Listesinde yer alan en az bir sesin klinik olarak anlamlı düzeyde rahatsız edici olması (örneğin, havlama sesini "orta" ya da "çok" işaretlemiş olmak)
2. Belirgin şekilde duygusal ve/veya fizyolojik tepkinin olması: Ses ile karşılaşıldığında belirli fizyolojik ve/veya duygusal tepkilerin (öfke, tiksinti ya da daralmadan en az biri) gözlenmesi (örneğin tiksinme duygusunu "orta" ya da "çok" işaretlemiş olmak)
3. Belirtilerin günlük yaşamı belirgin oranda etkilemesi: "Sesle ilgili rahatsızlığınız (veya kaçınmanız) yaşamınızı ne kadar etkiliyor?" sorusuna "orta" veya "çok" cevabı vermeye ek aşağıdaki maddelerden en az birinin ilave olarak bulunması:

a. Ses sebebiyle yapamadığınız şeyler var mı? (evet-hayır)
b. “Sesler sebebiyle giremediğiniz yerler var mı?” (evet-hayır)
c. “Bu sesler ilişkilerinizde herhangi bir bozulmaya neden oldu mu?” (evet-hayır)
d. “Bu durum ile ilgili sorunlar gününüzün ne kadarını etkiliyor?” sorusuna “bir saatten fazla” cevabını vermek

Wu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada mizofoniyi belirlemek ve şiddetini ölçmek amacıyla Mizofoni Ölçeği geliştirilmiştir. Mizofoni belirtilerini, tetikleyici seslere karşı oluşan duygular ve davranışları ve mizofoninin şiddetini ölçen üç alt birimden oluşmaktadır. Mizofonik seslerin ve seslere verilen duygu ve davranış yanıtlarını ölçen ilk iki bölüm 0 (hiç doğru değil) ile 4 (her zaman doğru) arasında derecelendirilmiştir. Bu iki bölün 0-68 arasında değişen toplam puanı tespit etmek için kullanılmaktadır. Mizofoninin şiddetinin ölçüldüğü son bölümde ise ses hassasiyetinin 1’den 15’e kadar derecelendirilme si istenmektedir ve mevcut derecelendirmede 7 ve üzeri puanlar klinik olarak mizofoniyi göstermektedir (67).

Yukarıda da bahsedildiği gibi şimdiye kadar mizofoni için birçok tanı ölçütü gündeme gelmiştir. Sınıflandırma kategorilerinde yer alabilmesi için alanda çalışmaların devam ettiği görülmektedir. Planlanan çalışmamızda da Wu ve arkadaşlarının mizofoniyi tanımak ve değerlendirmek için oluşturduğu Mizofoni ölçeği kullanılmıştır.

2.2.6. Eş tanı

Son yıllarda alanda çalışmalar hız kazanmış olsa da halen mizofoni ve psikiyatrik hastalıkların ilişkisini araştıran çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Çalışmalar genellikle olgu serileri ve bildirimler olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar ile mizofoni birlikteliği pek çok çalışmada karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmalar neticesinde mizofoniye eşlik edebilen psikiyatrik hastalıklar OKB, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, TSSB, DEHB, Tik bozuklukları, yeme bozukluğu ve kişilik bozukluğu olarak bildirilmektedir (5)(9)(10).

2.2.6.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Schröder ve arkadaşları tarafından mizofoninin tanı kriterleri, hasta polpulasyonu, hastalık seyri, tedavi yanıtı ve beyindeki ortak nöronal ağların varlığı

nedeniyle, OKB'den yola çıkarak belirlenmiştir. Yine mizofoni belirtisi gösteren 42 katılımcının yer aldığı aynı çalışmada DSM 4'e göre eksen I'de obsesif kompulsif bozukluk sıklığı %2,4 olarak tespit edilmiştir (5). 50 mizofoni hastasının katılımıyla yapılan bir diğer çalışmada OKB sıklığı %28 olarak bildirilmiştir(90). 575 mizofoni belirtisi gösteren hastanın katılımıyla yapılmış literatürün en geniş ölçekli çalışmasında OKB eş tanı varlığı %2.8 olarak saptanmıştır (9).

2.2.6.2. Major Depresif Bozukluk (MDB)

Mizofonisi olan kişiler arasında oldukça sık görülen bir diğer psikiyatrik hastalık majör depresif bozukluktur. Schröder'in mizofoni ölçütlerine göre tanı konulan alan 52 hastanın dahil edildiği çalışmada, %9,61 oranıyla MDB en sık görülen psikiyatrik eş tanılar arasında yer almıştır (10). 575 mizofoni belirtisi gösteren hastanın katılımıyla yapılmış literatürün en geniş ölçekli çalışmasında ise % 6.8 oranda MDB en sık görülen eş tanı olarak bildirilmiştir (9). Mizofoni ile depresyon arasındaki ilişki, alandaki pek çok çalışma da göze çarpan bir durum olmuştur (67)(91)(92).

Mizofonisi olan 18 hastanın dahil edildiği bir çalışmada da 2 kişide majör depresif bozukluk, 1 kişide dirençli depresif bozukluk, 1 kişide de premenstrüel disforik bozukluk eş tanılarının olduğu bildirilmiştir(84). Duygudurum bozuklukları ve mizofoni arasındaki ilişkiyi araştıran bir diğer çalışmada ise mizofoni ile majör depresif bozukluk ve intihar eğilimi arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (90).

Hastanede yatarak tedavi almakta olan majör depresif bozukluk tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada ise mizofoni sıklığı %8,5-%12,76 olarak bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada depresif belirtiler ile mizofoninin şiddeti arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir (11).

Bu çalışmalar depresif bozukluk ile mizofoni birlikteliğinin azımsanmayacak oranlarda görüldüğünü ortaya koymaktadır. Ancak depresif bozukluk hastalarında mizofoni varlığının sürece etkisini ortaya koyan çalışmalar açısından literatür oldukça kısıtlıdır. Bu ilişkinin daha iyi ortaya konması için daha fazla olgu ile kesitsel olmayan çalışmalara yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

2.2.6.3. Anksiyete Bozuklukları

Mizofoni ile psikiyatrik hastalıkların ilişkisini araştıran, 92 psikiyatri poliklinik hastasının katıldığı bir çalışmada, hastaların %52 sinin depresif bozukluk, %12 sinin

anksiyete bozukluğu tanısı aldığı ve anksiyete şiddeti ile mizofoni belirti şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (93). Mizofonisi olan 18 kişi ile yapılan bir diğer çalışmada ise hastaların yarısından fazlasında anksiyete bozuklukları tanısının bulunduğu gözlenmiştir (84). Wu ve arkadaşlarının 483 öğrencinin katılımıyla yaptıkları çalışmada mizofoni ile anksiyete ve depresyon belirtilerinin şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (67).

2.2.6.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Mizofoni belirtileri ile TSSB arasında kaçınma davranışları, sese karşı fizyolojik yanıtlar gibi benzerlikler olduğu bilinmektedir. Alanda yapılan pek çok çalışmada mizofonisi olan kişilerde değişen oranlarda TSSB eş tanısı bulunduğu belirti şiddetleri açısından aralrında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir (10)(90). Schröder'in mizofoni ölçütlerine göre mizofoni tanısı alan, psikiyatri ve odyoloji polikliniklerinden yönlendirilen 52 hastanın katılımıyla yapılan bir çalışmada, hastaların yaklaşık %60 ında psikiyatrik eş tanı saptanmıştır. En sık görülen eş tanı ise %15.38 ile TSSB olarak bildirilmiştir (10).

2.2.6.5. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

575 mizofoni belirtisi gösteren katılımcıyla yapılan bir çalışmada, mizofonisi olan bireylerin%28 inde psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu %5,0 oranla en sık eşlik eden psikiyatrik eş tanılar arasında yer almaktadır (9). 42 mizofoni tanısı alan hastanın katılımıyla yapılan bir çalışma da ise %4.8 oranında DEHB eş tanısının varlığı saptanmıştır (5).

2.2.6.6. Tik Bozuklukları

Tik bozukluklarında görülen, duysal hassasiyetin varlığı, uyaranın rahatsızlık vermesi ve rahatsızlığın derecesinin uyaran şiddeti ile doğrudan ilişkili olmayışı, mizofoni klinik görünümüne benzemektedir. Mizofoni ve tik bozuklukları birlikteliği ile ilgili literatüre bakıldığında ise daha çok olgu sunumlarından oluştuğu görülmektedir (94). Jager ve arkadaşları tarafından 575 mizofonili bireyin dahil edildiği çalışmada tik bozukluğu tanısı %1,6 olarak bildirilmiştir (9). Schröder ve arkadaşlarının mizofoni belirtisi gösteren 42 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada eş tanı olarak tourette sendromu %4.8 eşlik ettiği tespit edilmiştir (5).

2.2.6.7. Yeme Bozuklukları

Literatürde vaka bildirimi şeklinde sunulan kısıtlı sayıda veride yeme bozukluğu tanısı olan hastalarda, ek olarak mizofoni bulguları da gözüktüğü ve tetikleyici seslerinin yemek yeme esnasında çıkan seslerden oluştuğu bildirilmiştir (95).

Mizofonide psikiyatrik bozukluk birlikteliğini araştıran 52 mizofonili bireyin katıldığı bir çalışmada %17,3 oranında eşlik eden yeme bozukluğu tanısı bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada %9.61 inin anoreksiya nervoza tanısı aldığı bildirilmiştir (10). Daha geniş örneklemde yapılan bir başka çalışmada ise 575 mizofonili hasta arasında %0,7'sinde yeme bozukluğu eş tanısı bulunduğu tespit edilmiştir (9).

2.2.6.8. Kişilik Bozuklukları

Jager ve arkadaşlarının mizofoni tanısı almış 575 vaka ile yapmış olduğu çalışmada yaklşaık %60 hastada ek kişilik bozukluğu komorbiditesi olmadığı saptanmıştır. Kişilik bozuklukları sıklığı ise OKKB %2,4 ve sınırda kişilik bozukluğu %1,7 ve obsesif-kompulsif kişilik özellikleri %26 olarak bildirilmişitir. Yine aynı çalışmada obsesif-kompulsif kişilik özelliklerine sıklıkla rastlanan bu hasta grubunun mükemmeliyetçilik taşıdığı gözlemlendi (9). Mizofoni ve kişilik bozukluğu ilişkisine yer veren bir başka çalışmada üç hastanın OKKB kriterlerini karşıladığı, birer hastanın OKKB ye ek olarak ayrı ayrı sınırda kişilik bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığı bildirilmiştir (96).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma için Ankara Şehir Hastanesi Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (No: E1/4420/2023,Tarih: 27.12.2023). Araştırma Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışma gözlemsel prospektif bir çalışma olup herhangi bir müdahale içermemektedir.

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ VE PROSEDÜR

Araştırma örneklemini Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran Major depresif bozukluk tanısı alan hastalar oluşturmuştur. Çalışma örneklemi SCID-V göre yapılan klinik değerlendirmede "Major Depresif Bozukluk" tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul ederek yazılı onay veren 117 hastadan oluşmaktadır. Bu hastalar arasında rasgele olarak seçilen 61 hasta tedavi izlemine alınmış ve 6. haftada tekrar değerlendirmeleri yapılmıştır.

Dahil edilme kriterleri;

1. DSM 5'e göre Major depresif bozukluk tanısı almış olmak,
2. Son 3 ayda Major depresif bozukluk için herhangi bir tedavi almamış olmak (Farmakoterapi ve psikoterapi)
3. 18-65 yaş aralığında olmak,
4. Okur yazar olmak,
5. Çalışmaya katılmaya izin vermek ve bilgilendirilmiş onamı imzalamış olmak

Hariç bırakma kriterleri;

1. Mental retardasyon tanısı almış olması
2. Bilinen bir psikotik bozukluk tanısının bulunması ya da aktif psikotik belirtilerin bulunması (şizofreni, şizoafektif bozukluk, kısa psikotik atak, hezeyanlı bozukluk)
3. Bipolar bozukluk tanı kriterlerini karşılıyor olmak
4. Nörolojik ve İşitme sistemini etkileyen kulak burun boğaz hastalıklarından birini bulundurmak
5. İşitme ile ilgili yan etkileri olan ilaç kullanmak
6. Aktif suisidal düşünce ve plan varlığı.

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler anket uygulama yöntemi ile toplanmıştır. Bireysel psikiyatrik görüşme yapıldıktan sonra, Major Depresif Bozukluk için DSM-5 kriterlerini karşılayan bireylerle görüşülerek formlar uygulanmıştır. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Mizofoni Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği (CUDOS), Toplumda Psişik Yaşantı Değerlendirme Ölçeği (CAPE), Barrat Dürtüsellik Ölçeği, İntihar Düşüncesi Ölçeği katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Klinisyen ise hasta ile olan görüşmeden sonra Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu (SIGH-SAD) ölçeğini doldurmuştur. Hastaya poliklinikte başlanan tedavi etken maddesi ve doz bilgisi not edilmiştir. Tedavi sonrası 6. Hafta kontrollerinde katılımcı tarafından doldurulan testler tekrarlanmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formunda cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, sigara, alkol, madde kullanım durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ek hastalık öyküsü, daha önce depresif bir dönem geçirip geçirmediği bununla ilgili tedavi öyküsü, intihar öyküsü ile ilgili sorular yer almaktadır. Katılımcılar tarafından doldurulan bu formda sorulardan bazıları açık uçlu, bazıları evet-hayır şeklinde, bazıları ise katılımcıların cevaplardan bir ya da birkaç tanesini seçerek yanıtlayabileceği şekilde hazırlandı.

3.2.2. Mizofoni Ölçeği

Wu ve arkadaşları tarafından geliştirilen Mizofoni Ölçeği, mizofoni semptomlarını ve tetikleyici sese maruziyette geliştirilen duygu ve davranışları ölçmektedir. Orijinal ölçek toplam iki faktörden oluşmaktadır. Mizofoni semptomlarının varlığının sorgulandığı birinci faktör olan mizofoni semptomları yedi ifadeden oluşmaktadır. Maddeler “kesinlikle doğru değil” (0) ile “her zaman doğru” (4) arasında 5’li likert tipindeki yanıt seçeneklerinden oluşmaktadır. Mizofoni duygu ve davranışlar olarak isimlendirilmiş tetikleyici sese maruziyet sonucunda oluşan duygu ve davranışları ölçen ikinci faktör 10 sorudan oluşmaktadır. Bu maddeler de “hiçbir zaman”dan (0) “her zaman”a (4) uzanan 5’li likert tipindeki yanıt seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanan kısmı bu iki faktörde bulunan toplam 17 ifadeye verilen yanıtlar dikkate alınarak yapılmaktadır. Ölçekte ters madde

bulunmamakta ve toplam puan 0-68 arasında değişmektedir. Ölçek puanı arttıkça mizofoni semptom sıklığı ve kişinin buna karşı geliştirdiği negatif duygu ve davranışlarda artış olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin son bölümündeki ifadeler mizofoninin şiddeti hakkında bilgi vermekte olup faktör yapısına da puanlamaya da dahil edilmemektedir. Kişiden hassasiyeti olan seslerin sayısını, derecesini ve günlük yaşamını ne kadar engellediğini "1 – 15" arasında değişen skaladan seçmesi istenmektedir. Bu bölümde 7 ve üzerindeki işaretlemeler klinik olarak anlamlı mizofoniyi ifade etmektedir (67).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sakarya ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iç tutarlılık katsayısının 0.89 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunda üç faktörlü bir yapısı olduğu sonucuna varılmıştır. Birinci faktör mizofoni semptomları olup orijinal ölçek ile aynı yapıya sahiptir. Orijinal ölçekte mizofoni duygular ve davranışlar faktörü ise Türkçe formda kaçınma ve içselleştirme, saldırganlık ve dışsallaştırma olarak iki ayrı faktöre ayrılmıştır (97).

3.2.3. Klinikte Yararlı Depresyon Sonlanım Ölçeği (CUDOS-A/M)

MDB'de görülebilecek anksiyeteli depresyon ve karma özellikli depresyon alt tiplerini belirleyebilmek için oluşturulmuş bir ölçektir. Ölçek anksiyeteli depresyon, karma özellikli depresyon, anksiyeteli ve karma özellikli depresyon ve depresyon şiddetini derecelendirmek için oluşturulmuş alt formlara sahiptir. Bu çalışmada anksiyeteli ve karma özellikli depresyon alt tipine yönelik form (CUDOS-A/M) tercih edilmiştir. Toplam 35 sorudan oluşan ölçekte her bir madde 0 (hiç doğru değil) ile 4 (neredeyse her zaman doğru) puan arasında yanıt seçenekleri bulunmaktadır. Karma özelliklerin belirlenmesinde madde 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 toplam puanı, anksiyetenin belirlenmesinde 7, 30, 31, 32, 33 maddeleri toplam puanı, yaşam kalitesi değerlendirmesi içinse madde 34, 35 toplam puanı hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çelikbaş ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bildirilmiştir (98).

3.2.4. Toplumda Psişik Yaşantı Değerlendirme Ölçeği (CAPE)

Konings ve arkadaşları tarafından, psikiyatrik hastalığı olmayan bireylerde büyüsel düşünce eğilimini, batıl inançları ve buna benzer klinik anlama gelmeyen düşünce biçimlerini araştırmak için oluşturulmuş bir ölçektir. 42 sorudan oluşan bu

ölçekte katılımcılara her bir madde için A sütununda o durumun ne sıklıkla yaşandığı sorulurken B sütununda o durum nedeni ile ne kadar sıkıntı yaşadığı sorulmaktadır. Her soru için A sütununda ilgili yaşantıyı ne sıklıkla yaşadığına yönelik 1 (hiçbir zaman) ve 4 (neredeyse sürekli) arasında puanlama yapılması beklenmektedir. B sütunu içinse bu yaşantı sebebiyle yaşadığı sıkıntıyı 1 (hiç sıkıntı duymuyorum) ve 4 (çok sıkıntı duyuyorum) arasında puanlaması beklenmektedir. Pozitif psikotik belirtiler için 20, negatif belirtiler için 14 ve depresif belirtiler için 8 madde bulunmaktadır. CAPE'nin pozitif boyutu, sanrı ya da varsanı benzeri yaşantıları taramaktadır ve toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar psikotik yaşantıların daha fazla olduğunu göstermektedir. 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 41, 42 numaralı sorular pozitif psikotik belirtileri ölçmektedir. 1, 9, 12, 14, 19, 38, 39, 40 numaralı sorular ise depresif belirtileri değerlendirmektedir. Geri kalan sorular negatif psikotik belirtileri sorgulamaktadır (99).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sevi ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak bildirilmiştir(100).

3.2.5. Hamilton Depresyonu Değerlendirme Ölçeği Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu Mevsimsel Duygu Durumu Bozukluğu Versiyonu (SIGH-SAD)

Depresif belirtilere ek olarak gün içi değişkenliğin ve atipik belirtilerin de değerlendirildiği görüşmeci tarafından doldurulan likert tipi bir ölçektir. 17'si klasik HAM-D, 4'ü ek depresyon belirtilerine ve 8'i atipik depresyon belirtilerine ait toplam 29 soru bulunmaktadır. Maddeler 0-4 ile 0-2 puan arasında derecelendirilir. Ölçeğin toplam puanı ise tüm maddelerin toplamıyla elde edilir (101).

Ölçeğin Türkçe versiyonunda kesme puanı bulunmadığından elde edilen puanın karşılaştırmalı çalışmalarda kullanımı tercih edilmelidir. Türkçe uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (102).

3.2.6. İntihar Düşüncesi Ölçeği

Levine ve arkadaşları tarafından geliştirilen İntihar Düşüncesi Ölçeği (İDÖ), öfke, umutsuzluk ve hayatına son verme isteği gibi intihar düşüncelerine ve arzusuna işaret eden 17 madde içermektedir. Ölçek maddeleri "evet" ve "hayır" şeklinde cevaplandırılmaktadır. Ölçek toplam puanı 0-17 arasında değişkenlik göstermekte

olup yüksek puanlar daha şiddetli intihar düşüncesini yansıtmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik ve güvenirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.2.7. Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu

Dürtüselliği fenomenolojik olarak değerlendiren likert tipte bir öz bildirim ölçeğidir. Toplamda 15 madde olup maddede yer alan ilgili yaşantının 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde derecelendirilmesi istenmektedir. Plan Yapmama (PY), Motor Dürtüsellik (MD), Dikkatte Dürtüsellik (DD) şeklinde üç faktörlü bir yapısı bulunmaktadır. Ölçek toplam puanı 4 ile 60 arasında değişkenlik göstermektedir. Yüksek ölçek puanları yüksek düzeyde dürtüselliği yansıtmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Tamam ve arkadaşları tarafında yapılmıştır.

3.2.8. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından depresyon belirtilerinin bireylerde ne düzeyde bulunduğunu belirlemek için oluşturulmuş 21 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir. Her maddeye 0-3 puan arasında değer verilmesi istenmektedir. Ölçek toplam puanı 0-63 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçek depresyonu tanımlayabilmekte, şiddetini ölçebilmekte ve tedavi sonucunda göre değişikliği değerlendirmede kullanılabilmektedir. Sonuçlar değerlendirilirken 0-10 puan normal, 11-16 puan hafif,17-20 puan sınırda, 21-30 puan orta, 31-40 puan ağır ve 40 puan üzeri çok ağır depresif bir tablo olarak değerlendirilmektedir. Tedavi yanıtı başlangıç ölçek puanında %50 azalma olması, iyileşme ise 9 puan ve altında alınması olarak tanımlanmıştır (63).

BDE'nin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği çalışması 1989 yılında üniversite öğrencilerini kapsayan araştırma ile gerçekleştirilmiştir (103).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada veri girişi ve analizler için "Statistics Package for Social Sciences, Sosyal Bilimler İçin i (SPSS)" for Windows versiyon 27 istatistik paket programı kullanılmış ve tüm analizlerde $p<0.05$ istatistiksel anlamlı farklılık olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmada tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için, değişkenin dağılım özelliklerine göre ortalama ve standart sapma ya da ortanca ve çeyreklikler

arası yüzde olarak; kesikli değişkenler ise frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmalı analizlerinde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Veriler önce KolmogrovSmirnov testi ile normal dağılıma uyup uymadığı test edilmiş; normal dağılıma uymayan değişkenler için karşılaştırmada Mann-Whitney U test ya da ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskall Wallis testi uygulanmıştır. Korelasyon analizleri için Spearman ya da Pearson testi kullanılmıştır. Tekrarlı ölçüm yapılan değişkenlerde mizofoni varlığının etkisi ise tekrarlı ölçüm ANOVA ile test edilmiştir. Mizofoni varlığının değişken değerlerindeki tedavi ile ortaya çıkan değişimler üzerindeki etkileri GLM ile modellenerek incelendi.

4. BULGULAR

4.1. OLGULARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Bu çalışmada mizofoni belirtileri olan 41 ve mizofoni belirtileri olmayan 76 hasta olmak üzere toplam 117 hastanın sonuçları değerlendirildi. Olguların yaş ortalaması 28,7 ± 9,96 yıldı. Olguların %80,3'ü kadındı (n=94) ve %35'i evliydi (n=41). Katılımcıların %58,1'i (n=68) üniversite ya da yüksek lisans mezunuydu, %44,4'ü (n=52) çalışıyordu (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	**N**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	94	80,3
Erkek	23	19,7
Medeni durum		
Evli	41	35
Bekâr	69	59
Boşanmış	7	6
Öğrenim durumu		
İlkokul	2	1,7
Ortaokul	9	7,7
Lise	38	32,5
Üniversite	59	50,4
Yüksek lisans	9	7,7
Çalışma durumu		
Çalışan	52	44,4
Çalışmayan	65	55,6

Halen olguların %53,8'i (n=63) sigara, %42,7'si (n=50) alkol kullanıyordu. Madde kullanan hasta ise saptanmadı. En sık eşlik eden hastalık grubu %23.1 (n=27) ile diabetes mellitus, hipertansiyon ve akciğer hastalıkları dışında kalan 'diğer' hastalıklar kategorisi olarak tespit edildi. (Tablo2)

Tablo 2. Olguların sigara, alkol ve madde kötüye kullanım özellikleri ile ek hastalıklarının dağılımı

Değişkenler	**N**	**%**
Sigara		
Hiç kullanmamış	44	37,6
Kullanıp bırakmış	10	8,5
Halen kullanıyor	63	53,8
Alkol		
Hiç kullanmamış	58	49,6
Kullanıp bırakmış	9	7,7
Halen kullanıyor	50	42,7
Madde		
Hiç kullanmamış	114	97,4
Kullanıp bırakmış	3	2,6
Halen kullanıyor	0	0
Ek hastalık		
Diabetes mellitus	1	0,9
Hipertansiyon	3	2,6
Akciğer	8	6,8
Kardiyak	0	0
Nörolojik	3	2,6
Malignite	0	0
Diğer	27	23,1
Yok	75	64,1

Daha önceden depresif dönem geçirmiş olguların yüzdesi 33,3 tü (n=39). Daha önceden geçirdikleri depresif döneme yönelik tedavi alanlar ise %24.8 (n=29) olarak saptandı. Olguların %53 ünde (n=62) daha önce intihar düşüncesi olduğu, %15,4 ünün se (n=18) intihar girişimi bildirdiği görüldü. Daha önce psikiyatri servisinde yatarak tedavi alanların oranı ise % 2,6 (n=3) idi. Hastaların soygeçmişinde en sık %19,7 (n=23) depresyon, %8,5 (n=10) anksiyete tanısı saptandı. (Tablo 3)

Tablo 3. Olguların psikiyatrik öyküleri

Değişkenler	**n**	**%**
Özgeçmiş		
Geçirilmiş depresif dönem	39	33,3
Depresyon tedavisi	29	24,8
İntihar düşüncesi	62	53
İntihar girişimi	18	15,4
Psikiyatri yatış	3	2,6
Soygeçmiş		
Depresif Bozukluk	23	19,7
Anksiyete Bozukluğu	10	8,5
OKB	4	3,4
Bipolar Bozukluk	3	2,6
Şizofreni	3	2,6
Yok	74	63,2

En sık başlanan ilaçlar %40,2 (n=47) fluoksetin ve %31,6 (n=37) sertralindi. 6. Haftadaki izlemde hastaların % 3,4 (n=4) ünde ilaç değişimi yapıldı. Tedavisi sonrası hastaların %42,6'sı (n=26) yanıt (response) olarak gözlendi. Hastaların %31'i ise remisyona girmişti (n=19) (Tablo 4).

Tablo 4. Depresyon tedavi özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	**N**	**%**
Başlanan ilaç		
Sertralin	37	31,6
Essitalopram	14	12
Fluoksetin	47	40,2
Vortioksetin	2	1,7
Mirtazapin	7	6
Paroksetin	1	0,9
Duloksetin	3	2,6
Venlafaksin	6	5,1
İlaç değişimi		
Essitalopram	1	0,9
Vortioksetin	1	0,9
Venlafaksin	2	1,7
Tedavi cevabı*		
Tedavi Yanıtı var	19	31
Remisyon var	26	42,6

*Tedavi Yanıtı: BDÖ puanlarının %50 azalması, Remisyon: BDÖ puanlarının 10 ve altı olması

Olguların %35'inde (n=41) mizofoni tesit edildi. Mizofoni belirtileri olan ve olmayan depresyon hastaları karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve çalışma durumu açısından istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 5).

Tablo 5. Mizofoni varlığına göre olguların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırması

	M+		**M-**		
	Var (n=41)		Yok (n=76)		
Değişkenler	N	%	n	%	P
Cinsiyet					
Kadın	34	82,9	60	78,9	0,605
Erkek	7	17,1	16	21,1	
Medeni durum					
Evli	14	34,1	27	35,5	0,448
Bekar	23	56,1	46	60,5	
Boşanmış	4	9,8	3	3,9	
Öğrenim durumu					
İlkokul	2	4,9	0	0	0,065
Ortaokul	6	14,6	3	3,9	
Lise	13	31,7	25	32,9	
Üniversite	18	43,9	41	53,9	
Yüksek lisans	2	4,9	7	9,2	
Çalışma durumu					
Çalışan	20	48,8	32	42,1	0,488
Çalışmayan	21	51,2	44	57,9	

Mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastaları arasında sigara, alkol, madde kullanımı ve ek hastalıkların varlığı bakımından anlamlı düzeyde fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Mizofoni varlığına göre olguların sigara, alkol ve madde kötüye kullanım özellikleri ve ek hastalıklarının karşılaştırması

	M+		M-		
	Var (n=41)		Yok (n=76)		
Değişkenler	N	%	N	%	P
Sigara					
Hiç kullanmamış	14	34,1	30	39,5	0,752
Kullanıp bırakmış	3	7,3	7	9,2	
Halen kullanıyor	24	58,5	39	51,3	
Alkol					
Hiç kullanmamış	22	53,7	36	47,4	0,808
Kullanıp bırakmış	3	7,3	6	7,9	
Halen kullanıyor	16	39	34	44,7	
Madde					
Hiç kullanmamış	39	95,1	75	98,7	0,245
Kullanıp bırakmış	2	4,9	1	1,3	
Halen kullanıyor	0	0	0	0	
Ek hastalık					
Diabetes mellitus	0	0	1	1,3	0,563
Hipertansiyon	2	4,9	1	1,3	
Akciğer	2	4,9	6	7,9	
Kardiyak	0	0	0	0	
Nörolojik	2	4,9	1	1,3	
Malignite	0	0	0	0	
Diğer	8	19,5	19	25	
Yok	27	65,9	48	63,2	

Mizofonisi olan olgularda olmayanlara göre geçirilmiş depresif dönem varlığı açısından istatiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05).Ancak tedavi alma oranlarına bakıldığında mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastaları arasındaki fark istatiksel açıdan sınırda anlamlı bulundu. Buna göre mizofonisi olan depresyon hastalarının tedavi arayışının yaklaşık 2 kat fazla olduğu gözlendi (p=0,052). İntihar düşüncesi, intihar girişimi, psikiyatri yatış öyküleri ve soygeçmiş özellikleri açısından mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.05) (Tablo 7).

Tablo 7. Mizofoni varlığına göre olguların psikiyatrik öyküleri

	M+		M-		
	Var (n=41)		Yok (n=76)		
Değişkenler	N	%	N	%	p
Özgeçmiş					
Geçirilmiş depresif dönem	18	43,9	21	27,6	0,075
Depresyon tedavisi	15	36,6	14	18,4	0,052
İntihar düşüncesi	23	56,1	39	51,3	0,764
İntihar girişimi	9	22	9	11,8	0,239
Psikiyatri yatış	2	4,9	1	1,3	0,582
Soygeçmiş					
Depresif Bozukluk	10	24,4	13	17,1	0,590
Anksiyete Bozukluğu	5	12,2	5	6,6	
OKB	1	2,4	3	3,9	
Bipolar Bozukluk	0	0	3	3,9	
Şizofreni	1	2,4	2	2,6	
Yok	24	58,5	50	65,8	

İlaç seçimi açısından mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05). Mizofonisi olan hastalarda remisyon ve response oranları mizofoni saptanmayan hastalara göre daha düşük olsa da gruplar arasındaki fark anlamlı saptanmamıştır (sırasıyla, p= 0.093, p=0.221) (Tablo 8).

Tablo 8. Mizofoni varlığına göre depresyon tedavi özelliklerinin dağılımı

	M+		M-		
	Var (n=41)		Yok (n=76)		
Değişkenler	N	%	N	%	P
Başlanan ilaç					
Sertralin	13	31,7	24	31,6	0,722
Essitalopraam	5	12,2	9	11,8	
Fluoksetin	18	43,9	29	38,2	
Vortioksetin	0	0	2	2,6	
Mirtazapin	1	2,4	6	7,9	
Paroksetin	1	2,4	0	0	
Duloksetin	1	2,4	2	2,6	
Venlafaksin	2	4,9	4	5,3	
İlaç değişikliği					
Esitalopram	1	33,3	0	0	0,135
Vortioksetin	0	0	1	100	
Venlafaksin	2	66,7	0	0	
Tedavi cevabı*					
Tedavi Yanıtı var	10	34,5	16	50	0,221
Remisyon var	6	20,7	13	40,6	0,093

* Tedavi Yanıtı: BDÖ puanlarının %50 azalması, Remisyon: BDÖ puanlarının 10 ve altı olması

4.2. OLGULARIN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Mizofonisi olmayan depresyon hastaları ile karşılaştırıldığında mizofonisi olan depresyon hastalarında Beck Depresyon Ölçeği toplam, CUDOS depresyon, CUDOS anksiyete, CUDOS yaşam kalitesi alt ölçekleri, CAPE pozitif psikotik belirtiler alt ölçek skorları istatiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti (her biri için $p<0.05$). Yaş, CUDOS karma belirtiler, CAPE depresyon ve CAPE negatif ve Hamilton atipi skorları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (her bir için $p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Mizofoni varlığına göre olguların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	M+			**M-**			**P**
	Var (n=41)			Yok (n=76)			
	Median	ıQR 25	IQR75	median	ıQR 25	IQR75	
YAŞ	27	21	35	24	21	36	0,322
BDÖ	28	22	38	24,5	18	32	**0,026**
CUDOS MİX	8	3,5	15	6	2,25	12	0,099
CUDOS ANX	15	8,5	17	12,5	7	15	**0,033**
CUDOS YK	6	6	7	6	4,25	6	**0,032**
CUDOS DEP	42	26	47,5	34	24	41,75	**0,011**
CAPE PP	38	30	47,5	32,5	27,25	42	**0,052**
CAPE DEP	24	19	27,5	22	17	25,75	0,100
CAPE NEG	37	30	41,5	34	29	40,75	0,365
HAMİLTON ATİPİ	6	5	9	6	5	9	0,913

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, MİX: Karma, ANX: Anksiyete, YK: yaşam kalitesi, PP: Pozitif Psikotik, DEP: Depresyon, NEG: Negatif Belirtiler

4.3. OLGULARIN KORELASYON ANALİZİ

Ölçek puanları ile mizofoni ölçeği toplam puanları arasındaki korelasyona bakıldığında Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları ile arasında ($r:0,420$; $p<0,001$) anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptandı (Tablo 10).

CUDOS alt ölçek puanları ile mizofoni toplam ölçek puanları korelasyonuna baktığımızda CUDOS Anksiyete ($r:0,428$; $p<0,001$), CUDOS Yaşam Kalitesi ($r:0,404$;

p<0,001), CUDOS Depresyon (r:0,512; p<0,001), CUDOS Karma (r:0,250; p:0,007) alt ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon saptandı (Tablo 10).

CAPE alt ölçek puanları ile mizofoni ölçeği toplam puanları arasındaki korelasyona baktığımızda CAPE pozitif psikotik belirti alt ölçeği (r:0,431; p<0,001), CAPE depresyon alt ölçeği (r:0,526; p<0,001), CAPE negatif belirti alt ölçeği (r:0,444; p<0,001) ile anlamlı korelasyon ilişkisi saptandı (Tablo 10).

Barrat motor dürtüsellik (r:0,460; p<0,001) ve dikkatte dürtüsellik (r:0,310; p:0,001) alt ölçek puanları ile de mizofoni toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi saptandı. Anlamlı korelasyon ilişkisi saptanan bir diğer ölçek İntihar Düşüncesi Ölçeği toplam puanları idi (r:0,446; p<0,001) (Tablo 10).

Tablo 10. Ölçek puanları ve Mizofoni toplam ölçek puanlarının korelasyonu

		M	Yaş	BeckT	CUDOS MIX	CUDOS ANX	CUDOS YK	CUDOSDEP	CAPEPP	CAPE DEP	CAPE NEG	HAM Atipi	Barrat PY	Barrat MD	Barrat DD	İDOT
M	r	1,00	-,126	,420	,250	,428	,404	,512	,431	,526	,444	,065	,169	,460	,310	,446
	p	.	,175	,000	,007	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,483	,069	,000	,001	,000
Yaş	r	-,126	1,000	-,410	-,070	-,173	-,213	-,349	-,393	-,443	-,413	-,124	-,353	-,352	-,306	-,363
	p	,175	.	,000	,453	,062	,021	,000	,000	,000	,000	,181	,000	,000	,001	,000
Beck T	r	**,420**	-,410	1,000	,174	,513	,564	,657	,557	,687	,564	,042	,337	,393	,384	,663
	p	**,000**	,000	.	,061	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,653	,000	,000	,000	,000
CUDOS MIX	r	**,250**	-,070	,174	1,000	,305	,104	,140	,491	,138	,050	,101	,085	,402	,051	,197
	p	**,007**	,453	,061	.	,001	,263	,132	,000	,137	,590	,277	,364	,000	,583	,033
CUDOS ANX	r	**,428**	-,173	,513	,305	1,000	,497	,620	,528	,543	,446	,086	,060	,397	,342	,453
	p	**,000**	,062	,000	,001	.	,000	,000	,000	,000	,000	,359	,517	,000	,000	,000
CUDOSYK	r	**,404**	-,213	,564	,104	,497	1,000	,661	,393	,558	,422	-,021	,177	,303	,305	,532
	p	**,000**	,021	,000	,263	,000	.	,000	,000	,000	,000	,818	,057	,001	,001	,000
CUDOSDEP	r	**,512**	-,349	,657	,140	,620	,661	1,000	,529	,744	,657	,145	,274	,419	,441	,634
	p	**,000**	,000	,000	,132	,000	,000	.	,000	,000	,000	,119	,003	,000	,000	,000
CAPE PP	r	**,431**	-,393	,557	,491	,528	,393	,529	1,000	,560	,487	,066	,283	,608	,400	,568
	p	**,000**	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,477	,002	,000	,000	,000
CAPE DEP	R	**,526**	-,443	,687	,138	,543	,558	,744	,560	1,000	,740	,091	,368	,439	,469	,759
	p	**,000**	,000	,000	,137	,000	,000	,000	,000	.	,000	,327	,000	,000	,000	,000
CAPE NEG	r	**,444**	-,413	,564	,050	,446	,422	,657	,487	,740	1,000	,081	,335	,442	,480	,617
	p	**,000**	,000	,000	,590	,000	,000	,000	,000	,000	.	,385	,000	,000	,000	,000
HAM ATİPİ	r	,065	-,124	,042	,101	,086	-,021	,145	,066	,091	,081	1,000	,176	,018	,121	,009
	p	,483	,181	,653	,277	,359	,818	,119	,477	,327	,385	.	,057	,847	,193	,922
BARRATPY	r	,169	-,353	,337	,085	,060	,177	,274	,283	,368	,335	,176	1,000	,299	,646	,381
	p	,069	,000	,000	,364	,517	,057	,003	,002	,000	,000	,057	.	,001	,000	,000
BARRATMD	r	**,460**	-,352	,393	,402	,397	,303	,419	,608	,439	,442	,018	,299	1,000	,449	,473
	p	**,000**	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,847	,001	.	,000	,000
BARRATDD	r	**,310**	-,306	,384	,051	,342	,305	,441	,400	,469	,480	,121	,646	,449	1,000	,505
	p	**,001**	,001	,000	,583	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,193	,000	,000	.	,000
İDO T	r	**,446**	-,363	,663	,197	,453	,532	,634	,568	,759	,617	,009	,381	,473	,505	1,000
	P	**,000**	,000	,000	,033	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,922	,000	,000	,000	.

YK: Yaşam Kalitesi, MİX: Karma, ANX: Anksiyete, DEP: Depresyon, PP: Pozitif Psikotik Belirtiler, NEG: Negatif Belirtiler, PY: Plan Yapamama, MD: Motor Dürtüsellik, DD: Dikkatte Dürtüsellik

Mizofoni ölçek puanları ile diğer ölçek puanlarının korelasyonuna depresyon puanları arındırılarak tekrar bakıldığında yine CUDOS Karma (r:0,184; p:0,048), CUDOS Anksiyete (r:0,293; p:0,001), CAPE pozitif psikotik belirti alt ölçeği (r:0,296; p:0,001) CAPE negatif belirti alt ölçeği (r:0,300; p:0,0001) ile anlamlı korelasyon ilişkisi görüldü (Tablo 11).

Tablo 11. Ölçek puanlarının mizofoni ölçek puanlarıyla depresyon puanları arındırılarak parsiyel korelasyonu

		M	CUDOS MIX	CUDOS ANX	CUDOS YK	CAPE PP	CAPE NEG	HAM ATİPİ
M	r	1,000	,184	,293	,188	,296	,300	,033
	p	.	,048	,001	,043	,001	,001	,729
CUDOS MIX	r	,184	1,000	,275	-,043	,427	-,062	,108
	p	**,048**	.	,003	,649	,000	,511	,247
CUDOS ANX	r	,293	,275	1,000	,268	,331	,174	,048
	p	**,001**	,003	.	,004	,000	,061	,608
CUDOS YK	r	,188	-,043	,268	1,000	,093	,152	-,043
	p	**,043**	,649	,004	.	,319	,102	,645
CAPE PP	r	,296	,427	,331	,093	1,000	,274	-,024
	p	**,001**	,000	,000	,319	.	,003	,798
CAPE NEG	r	,300	-,062	,174	,152	,274	1,000	,014
	p	**,001**	,511	,061	,102	,003	.	,884
HAM ATİPİ	r	,033	,108	,048	-,043	-,024	,014	1,000
	p	,729	,247	,608	,645	,798	,884	.

M: Mizofoni, MİX: Karma, ANX: Anksiyete, YK: Yaşam Kalitesi, PP: Pozitif Psikotik, NEG: Negatif Belirtiler

4.4. UZUNLAMASINA VERİLERİN ANALİZİ

Mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastaları Beck depresyon ölçek skorları bakımından tedavi öncesi ile karşılaştırıldığında, tedavi sonrasında hem mizofonisi olan hem de olmayanların Beck depresyon ölçek skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldı (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,003$). Her iki grup tedavi öncesi beck depresyon ölçek skorları açısından karşılaştırıldığında mizofonisi olanlarda ölçek skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptadı ($p=0,05$). Tedavi sonrası beck depresyon ölçek puanları açısından mizofoni olan ve olmayan depresyon hastaları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,993$) (Tablo 12).

Tablo 12. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası Beck depresyon ölçek skorlarının karşılaştırması

	M+ (N=29)				M- (N=32)				
			Güven aralığı				Güven aralığı		
Değişkenler	Ort	Sh	Alt sınır	Üst sınır	Ort	Sh	Alt sınır	Üst sınır	P
BDÖ 0	28,79	2,04	24,79	32,79	24	1,36	21,32	26,67	0,051
BDÖ 1	17,57	2,20	13,25	21,88	17,54	1,75	14,10	20,99	0.993
P	<0,001				0,003				

BDÖ: Beck Depresyon ölçeği SH: Standart hata

Mizofonisi olmayanlarla karşılaştırıldığında, mizofonisi olan depresyon hastalarının tedavi öncesi ve sonrası CUDOS karma skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı (p=0,876) (Tablo 13).

Tablo 13. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS karma ölçek skorlarının karşılaştırması

	M+ (N=29)				M- (N=32)				
			Güven aralığı				Güven aralığı		
Değişkenler	Ort	Sh	Alt sınır	Üst sınır	ort	Sh	Alt sınır	Üst sınır	P
CUDOS MİX 0	9,24	1,56	6,17	12,30	6,46	1,20	4,10	8,82	0,160
CUDOS MİX 1	8,85	1,77	5,37	12,33	5,96	1,20	3,59	8,33	0,178
P	0,876				0,661				

MİX: karma belirtiler Sh: Standart hata

Mizofonisi olmayanlarla karşılaştırıldığında, mizofonisi olan depresyon hastalarının tedavi öncesi CUDOS anksiyete ölçek skorları anlamlı düzeyde yüksekti (p=0,04). İki grupta da tedavi sonrası CUDOS anksiyete skorları istatiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştı (sırasıyla p<0,001, p0,007). İki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,431) (Tablo 14).

Tablo 14. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS anksiyete ölçek skorlarının karşılaştırması

M+ (N=29)					**M- (N=32)**				
			Güven aralığı				Güven aralığı		
Değişkenler	Ort	Sh	Alt sınır	Üst sınır	ort	sh	Alt sınır	Üst sınır	P
CUDOS ANX 0	12	0,88	10,26	13,73	9,43	0,89	7,68	11,18	0,042
CUDOS ANX 1	7,57	1,23	5,15	9,99	6,38	0,85	4,70	8,07	0,431
P	<0,001				0,007				

ANX: anksiyete Sh: Standart hata

Mizofonisi olmayan depresyon hastalarıyla karşılaştırıldığında mizofonisi olan depresyon hastalarında tedavi öncesi CUDOS yaşam kalitesi ölçek puanlarında anlamlı fark saptanmadı (p=0,279). Tedavi sonrasında CUDOS yaşam kalitesi ölçek puanlarına bakıldığında, hem mizofonisi olan hem de olmayanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldı (her iki grup için de (p<0,001). İki grup arasında anlamlı fark yoktu (p=0,901) (Tablo 15).

Tablo 15. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS yaşam kalitesi ölçek skorlarının karşılaştırması

M+ (N=29)					**M- (N=32)**				
			Güven aralığı				Güven aralığı		
Değişkenler	Ort	Sh	Alt sınır	Üst Sınır	Ort	Sh	Alt sınır	Üst sınır	P
CUDOS YK 0	5,75	0,25	5,26	6,25	5,40	0,20	5	5,81	0,279
CUDOS YK 1	3,75	0,37	3,01	4,48	3,80	0,25	3,30	4,30	0,901
P	<0,001				<0,001				

YK: Yaşam Kalitesi SH: Standart Hata

Mizofonisi olmayan depresyon hastalarıyla karşılaştırıldığında mizofonisi olan depresyon hastalarında tedavi öncesi CUDOS depresyon ölçek puanları anlamlı olarak yüksekti (p=0,03). Tedavi sonrasında CUDOS depresyon ölçek puanlarına bakıldığında, hem mizofonisi olan hem de olmayanların istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde azaldı (her iki grup için de p<0,001). İki grup arasında anlamlı fark yoktu (p=0,743) (Tablo16).

Tablo 16. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CUDOS depresyon ölçek skorlarının karşılaştırması

M+ (N=29)					**M- (N=32)**				
			Güven aralığı				Güven aralığı		
Değişkenler	Ort	Sh	Alt sınır	Üst Sınır	Ort	sh	Alt sınır	Üst sınır	P
CUDOS DEP 0	35,58	2,52	30,64	40,52	29,15	1,67	25,87	32,43	0,034
CUDOS DEP 1	21,85	2,93	16,09	27,61	20,74	1,70	17,40	24,07	0,743
P	<0,001				<0,001				

Dep: Depresyon, SH: Standart Hata

Mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastalarında tedavi öncesi CAPE depresyon skorları açısından anlamlı farklılık yoktu (p=0,149). Tedavi sonrasında CAPE depresyon ölçek puanlarına bakıldığında, hem mizofonisi olan hem de olmayanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldı (sırasıyla p=0,006, p=0,04). İki grup arasında anlamlı fark yoktu (p=0,931) (Tablo 17).

Tablo 17. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CAPE depresyon ölçek skorlarının karşılaştırması

M+ (N=29)					**M- (N=32)**				
			Güven aralığı				Güven aralığı		
Değişkenler	Ort	Sh	Alt sınır	Üst Sınır	ort	sh	Alt sınır	Üst sınır	P
CAPE DEP 0	21,93	1,04	19,88	23,98	20,12	0,68	18,77	21,47	0,149
CAPE DEP 1	18,57	1,14	16,32	20,82	18,45	0,76	16,94	19,95	0,931
P	0,006				0,044				

Dep: depresyon, SH: Standart Hata

Antidepresan tedavi sonrası mizofoni ölçek skorlarındaki değişime bakıldığında, mizofonisi olan depresyon hastalarında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, mizofonisi olmayan depresyon hastalarının mizofoni ölçek skorlarında istatiksel olarak anlamlı azalma saptandı (sırasıyla p>0,05, p=0,002) (Tablo 18).

Tablo 18. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası Mizofoni ölçek skorlarının karşılaştırılması

	M+ (N=29)		M- (N=32)	
Değişkenler	Ort	Sh	Ort	Sh
MİZO 0	38,13	2,38	19,68	1,84
MİZO 1	37,34	2,37	13,75	1,62
P	0,691		**0,002**	

MİZO: Mizofoni Sh: Standart hata

Mizofonisi olmayanlarla karşılaştırıldığında, mizofonisi olan depresyon hastalarında tedavi öncesi CAPE pozitif psikotik belirtiler ölçek puanları istatiksel olarak sınırda anlamlıydı (p=0,06). Tedavi sonrası CAPE pozitif psikotik belirti ölçek skorlarına bakıldığında mizofonisi olmayan depresyon hastalarında anlamlı bir azalma görülmezken mizofonisi olan depresyon hastalarında istatiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştı (sırasıyla p=0,288, p=0,02) (Tablo 19).

Tablo 19. Mizofoni varlığına göre olguların tedavi öncesi ve sonrası CAPE pozitif psikotik belirti ölçek skorlarının karşılaştırması

M+ (N=29)					**M- (N=32)**				
			Güven aralığı				Güven aralığı		
Değişkenler	Ort	Sh	Alt sınır	Üst Sınır	ort	sh	Alt sınır	Üst sınır	P
CAPE PP 0	37,03	1,80	33,48	40,58	32,71	1,42	29,92	35,51	0,061
CAPE PP 1	32,78	1,89	29,06	36,50	31,2	1,22	28,79	33,60	0,483
P	0,025				0,288				

PP: Pozitif Psikotik, Sh: Standart Hata

Çalışmamızda kullanılan tüm ölçek puanlarının tedavi yanıtı üzerine etkisine bakıldığında, İDÖ, Hamilton atipi ve CAPE pozitif psikotik belirtiler alt ölçek puanlarının tedaviye yanıtı negatif yönde etkilediği görüldü. Barrat MD puanlarının ise tedaviye yanıt oranını 1,5 kat arttırdığı saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Tedavi yanıtı ile verilen ölçek puanları arasında regresyon analizi

	B	S.E.	Sig.	Beta
İDÖ	-,283	,123	,022	,753
BARRAT MD	,447	,194	,021	1,564
HAMİLTON ATİPİ	-,469	,149	,002	,626
CAPE PP	-,221	,079	,005	,801

İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği, MD: Motor Dürtüsellik, DD: Dikkatte Dürtüsellik, PP: Pozitif Psikotik Belirtiler
Bağımlı Değişken: Remisyon, B: Regresyon Katsayısı, SE: Standart Hata, Beta: Korelasyon Katsayısı

Çalışmamızda kullanılan tüm ölçek puanlarının remisyon üzerine etkisine bakıldığında İDÖ, Hamilton atipi, Cape pozitif psikotik belirtiler alt ölçek puanları ve mizofoni ölçek puanlarının remisyonu negatif yönde etkilediği görüldü. Barrat MD ve DD alt ölçek puanlarının ise remisyonu 2 kat arttırdığı görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21. Remisyon ile verilen ölçek puanları arasında regresyon analizi

	B	S.E	Sig.	Beta
İDÖ T	-1,158	,428	,007	,314
BARRAT MD	,695	,349	,047	2,003
BARRAT DD	,680	,351	,052	1,975
HAMİLTON ATİPİ	-,380	,190	,045	,684
CAPE PP	-,336	,133	,011	,715
MİZOFONİ2	-,213	,095	,025	,808

İDÖ: İntihar Düşüncesi Ölçeği, MD: Motor Dürtüsellik, DD: Dikkatte Dürtüsellik, PP: Pozitif Psikotik Belirtiler
Bağımlı Değişken: Remisyon, B: Regresyon Katsayısı, SE: Standart Hata, Beta: Korelasyon Katsayısı

5. TARTIŞMA

Mizofoni klinik olarak netlik kazanmış bir tablo olmamakla beraber son yıllarda artan araştırmalarla ayrı komorbid bir tablo olabileceği gibi depresyon gibi psikiyatrik hastalıklarda semptomlardan biri olarak da düşünülebilir. Yapılan pek çok çalışmada psikiyatrik hastalıklarla birlikte seyrettiği görülmüştür. Depresif bozuklukla birlikteliğini bildiren çalışmalar olmakla beraber bu çalışmalar daha çok kesitsel nitelikte olup birlikteliğin kökenlerine dair sorular cevapsız kalmaktadır. Bu çalışma, mizofonili depresyonun daha şiddetli olduğunu ya da şiddetli depresyonlarda mizofoninin daha sık ve şiddetli görüldüğünü işaret etmesinin yanı sıra, mizofoni varlığında depresyonun daha düşük yaşam kalitesi, daha çok anksiyete ve psikotik özellikler ile seyrettiğini düşündürmektedir. Bu bulgular, mizofoni ve depresyon arasındaki potansiyel etkileşimin yanı sıra, mizofoninin depresyonun şiddeti ve karakteri üzerinde de etkili olabileceğini göstermektedir.

Mizofoni belirtileri olan depresyon hastalarında Beck Depresyon Ölçeği puanları mizofonisi olmayan depresyon hastalarına göre anlamlı oranda yüksektir. Benzer bir sonuç korelasyonel olarak da saptanmıştır. Mizofoni puanları arttıkça depresyon puanları da artmaktadır. Depresyon hastaları arasında yapılan bir çalışma, mizofoni prevalansının %8.5 ila %12.76 arasında değiştiğini, tanı kriterleri ve kullanılan yöntemlere bağlı olarak belirlemiştir. Bu çalışma, mizofoni şiddeti ile depresyon ve anksiyete semptomları arasında orta düzeyde bir korelasyon olduğunu vurgulamıştır (11).

Bu ilişki nedensel olarak ele alındığında ortaya atılabilecek teoriler arasından biri şu şekilde açıklanabilir; Mizofoniye sahip bireyler belirli seslere karşı yoğun duygusal tepkiler yaşadıklarında, bu durumdan kaçınmak için belirli davranışlar geliştirirler. Bu kaçınma davranışları, sosyal izolasyona yol açabilir, bu da depresyon riskini artırabilir. Ayrıca, bu sürekli kaçınma ve duygusal yönetim çabası, bireylerin ruhsal kaynaklarını tüketebilir ve duygusal tükenmeye neden olabilir, bu da depresyonun bir başka yaygın nedenidir. Nörobilim araştırmaları, kaçınma davranışlarının beyindeki stres ve duygusal düzenleme yollarını etkileyebileceğini göstermiştir.

Bunun yanında mizofonik bireylerin belirli seslere aşırı tepki göstermelerinin nedeninin, beyinlerinin bu sesleri işlerken aşırı yüklenmesi olduğu öneri sürülür. Bu aşırı yüklenme, özellikle beyindeki duygusal düzenlemeyle ilgili bölgelerde (örneğin, amigdala ve prefrontal korteks) olabilir. Aşırı yüklenme, stres, anksiyete ve sonuçta depresyon riskinde artışa yol açabilir. Nörobilim çalışmaları, mizofoni olan bireylerde belirli seslere maruz kaldıklarında amigdalanın aşırı aktive olduğunu göstermiştir (104).

Duygusal düzenlemenin depresyonla ilişkisini inceleyen (105) bir çalışmada, duygusal uyaranlara verilen tepkilerde İFG'nin rolüne dikkat çekilir. Araştırma, depresyonlu bireylerde duygusal uyaranlara tepki olarak İFG aktivasyonunda azalma olduğunu göstermiştir, bu da duygusal düzenlemenin bozulduğunu ve bu durumun depresyon semptomlarıyla ilişkili olabileceğini öne sürer. Başka bir çalışmada ise depresyonun bilişsel süreçler üzerindeki etkisini, özellikle dikkat ve karar verme üzerindeki olumsuz etkileri ortaya konmuştur. Araştırma, depresyonlu bireylerin negatif bilgilere aşırı odaklanmasının, karar verme süreçlerini bozduğunu ve bu durumun İFG'nin etkinliğiyle ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. İFG' nin mizofoni hastalarında da çeşitli disfonksiyonlar sergilediği düşünüldüğünde mizofoni ve depresyon arasındaki ortak nörobiyolojik etkenin İFG olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda mizofoni belirtileri olan depresyon hastalarında CUDOS anksiyete ve yaşam kalitesi alt ölçek skorları mizofonisi olmayan depresyon hastalarına göre belirgin olarak yüksekti. Benzer bir sonuç korelasyon olarak da saptanmıştır. Mizofoni puanları arttıkça anksiyete artmakta ve yaşam kalitesi kötüleşmektedir. Mizofonin eşlik ettiği hastalarda olduğu gibi anksiyöz depresyon sahibi hastalar, depresyonun daha şiddetli formlarını yaşarlar, intihar eğilimleri daha yüksektir, işlevselliklerinde daha fazla bozulma görülür ve ailelerinde duygudurum bozukluklarına daha yüksek bir yatkınlık bulunur. Bu durum, tedaviye yanıtın zorlaşmasına ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilir.

Psikiyatrik hastalar arasında yapılan araştırmalarda, özellikle depresyon hastaları arasında mizofoni ile ilgili önemli korelasyonlar ve prevalans oranları ortaya konmuştur. Singapur'da yapılan bir kesitsel çalışma, psikiyatrik hastalarda misofoni semptomlarının şiddeti ile anksiyete, depresyon ve stres seviyeleri arasında anlamlı pozitif korelasyonlar bulduğunu göstermiştir. Özellikle anksiyete, diğer faktörlere ayarlandıktan sonra mizofoni şiddeti ile önemli ölçüde ilişkili kalmıştır. Bu, psikiyatrik durumlar arasında, anksiyetenin mizofoni şiddeti ile belirgin bir bağlantısı olduğunu

işaret eder (93). Peng ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada anksiyeteli ve anksiyeteli olmayan depresyon hastaları beyin yapısal değişiklikleri açısından karşılaştırılmış ve anksiyeteli depresyonlarda duygu düzenleme ve duyusal işlemleme ile ilgili alanlarda farlılıklar olduğu ortaya koyulmuş ve inferior frontal girus gri cevher hacimlerinin az olduğu bulunmuş, bu durumunda duygu düzenleme ve duyusal işleme gibi klinik belirleyicilerin anksiyeteli depresyonu saf depresyondan ayırmada farklı nörobiyolojik mekanizmaları önerebileceği öne sürülmüştür (106).

Mizofoniye sahip bireylerin tetikleyici sesle karşılaştığında öfke, iğrenme ve kaygı en sık yaşadığını bildirdiği duygulardandır. Bu amigdala gibi beynin duygu işlemeyle ilgili bölgelerinin aktivasyonundan kaynaklanır. Amigdala tetikleyici sesleri bir tehdit olarak algılar ve bu da anksiyete ve diğer duygusal tepkilere neden olur. Bu durum hem mizofonide hem anksiyetede eşlik ettiği bilinen sempatik aktivasyon belirtilerini de açıklar niteliktedir.

Mizofoni, belirli seslere karşı güçlü tepkilerle karakterize edilen bir durum olup, sadece aşırı duyusal tepkililik meselesi değil, aynı zamanda ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde de önemli etkilere sahiptir. Son araştırmalar, özellikle mizofoni depresyon ile birlikte görüldüğünde bu ilişkinin karmaşıklıklarına odaklanmaktadır.

Sistematik bir inceleme, mizofoninin belirgin fizyolojik, duygusal ve davranışsal sonuçları olduğunu ve bunların hem mizofonisi olan bireylerin hem de ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır (107). Bir uzun dönem araştırması, mizofoninin özellikle öfke ve iğrenme gibi negatif duygularla ilişkili olduğunu, mizofonisi olan bireylerin, olmayanlara kıyasla, özellikle duygusal problemler nedeniyle rol kısıtlamaları, enerji/yorgunluk ve sosyal işlevsellik gibi alanlarda daha düşük yaşam kalitesi yaşadığını göstermiştir (108).

Gerek sempatik aktivasyon belirtileri gerekse kişinin tetikleyici sese ne zaman maruz kalacağının bilinmezliği genellikle yoğun bir anksiyete ile birlikte günlük işlevsellikte mesleki, kişilerarası ve akademik alanlarda ciddi bozulmalara yol açabilmektedir(4). Tüm bunlar yaşam kalitesini kötüleşmesinde rol alıyor olabilir.

Mizofoni ve depresyon hastalarında gözlemlenen psikotik özelliklerin artışı, psikiyatrik araştırma alanında dikkat çekici bulgulardan biridir. Özellikle, mizofoni belirtilerinin şiddetlenmesiyle birlikte psikotik özelliklerin de arttığı gözlemlenmiştir. Bagrowska ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı çalışmada, mizofoninin paranoya

benzeri düşüncelerle pozitif ilişkili olduğu ve bu ilişkide duygu düzenleme, kaygı ve düşmanca atıfların aracılık ettiği ortaya konmuştur (109). Bu bulgular, mizofoni olan bireylerde duyusal işleme ile ilgili zorlukların, tetikleyici seslere karşı aşırı duyarlılık ve bu seslerin yanlış yorumlanmasına neden olduğunu göstermektedir. Yanlış yorumlamaların ise psikotik özelliklere yol açabileceği düşünülmektedir.

Majör depresif bozukluk (MDB) hastalarında yapılan bir başka 2022 tarihli çalışmada, MDB hastalarında sağlıklı kontrollere göre aşırı duyusal işlemenin, anksiyete ve depresif semptomlarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Duyusal işleme hassasiyeti ile ilgili beyin bölgelerini inceleyen bir çalışma, duyusal işleme hassasiyetini ölçen skorlar ile inferior frontal girus (İFG) da dahil olmak üzere çeşitli beyin bölgelerindeki aktivasyonların pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu, mizofoni ve depresyon süreçlerinde ortak olarak yer alan duygu düzenleme ve karar verme gibi işlevlerde İFG'nin rolüyle, mizofoni olan hastalarda depresif semptomatolojiye ve psikotik özelliklere katkıda bulunabileceğini öne sürer.

Amigdala, hipokampus ve inferior frontal girus gibi çeşitli beyin bölgeleri, duygusal işlemeyle ilişkilendirilmiştir. Bu bölgelerdeki işlev bozukluğu, psikotik deneyimlere yol açabilir. Sağlıklı kontroller ve psikoz riski yüksek bireylerin karşılaştırıldığı bir araştırmada, sonradan psikotik atak gelişen yüksek riskli bireylerde sağ inferior frontal girus gri madde hacminde azalma bildirilmiştir(110). Şizofreni hastalarında yapılan bir görüntüleme çalışması da inferior frontal girus hacimlerinin sağlıklı kontrollere göre azaldığını göstermiştir (111).

Bu bulgular, mizofoni ve depresyonun, duyusal işleme ve duygusal düzenleme ile ilişkili beyin bölgelerindeki değişikliklerle bağlantılı olduğunu ve bu değişikliklerin psikotik özelliklerin ortaya çıkışına katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Mizofoni ve depresyon hastalarında psikotik özelliklerin artışı, bu durumların tedavisinde duyusal işleme ve duygusal düzenlemeye yönelik müdahalelerin önemini vurgular. Bu alandaki araştırmaların derinleştirilmesi, mizofoni ve depresyonun daha etkin tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine olanak tanıyacaktır.

Araştırmamızda ortaya çıkan önemli bulgulardan biri, antidepresan tedavisi altındaki mizofoniye sahip depresyon hastalarında psikotik özelliklerin gerilemesi, buna karşın mizofoniye sahip olmayan depresyon hastalarında psikotik özelliklerin devam etmesidir. Bu bulgu, mizofoniye sahip depresyon hastalarında gözlenen

antidepresan tedavisine yanıtın, bu özel hasta grubunda depresyonun nöronal temelinin farklı olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, bu sonuçlar psikoz açısından yüksek risk taşıyan bireylerde antidepresanların potansiyel koruyucu etkisini de gündeme getirmektedir.

Bu bağlamda, literatürde yer alan bir meta-analiz (111), psikoz açısından klinik olarak yüksek risk taşıyan bireylerde antidepresan kullanımının, takip eden dönemlerde psikoza geçiş riskini azalttığını ortaya koymuştur. Mizofoni bulguları gösteren depresyon hastalarında antidepresan tedavisine yanıtın gelişmesi de benzer bir mekanizmayla açıklanabilir. Mizofoni, bu perspektiften incelendiğinde, depresyon hastalarında psikotik deneyimlerin, prepsikotik durumların ya da psikoz açısından yüksek risk taşıyan bireylerde görülen belirsiz psikotik belirtilerin bir göstergesi olabilir.

Psikoz açısından yüksek risk taşıyan bireylerde antidepresan tedavisinin koruyucu etkileri, serotonin ve noradrenalin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesi, stres hormonu seviyelerinin azaltılması, sinaptik plastisite ve nörogenezin provake edilmesi gibi mekanizmalar aracılığıyla gerçekleşir. Bu süreçler, bireyin duygusal düzenlemesini iyileştirerek ve psikotik belirtilerin tetiklenmesine karşı direnç geliştirerek psikoz riskini azaltabilir. Mizofoniye sahip bireylerde, duyusal işleme zorlukları ve aşırı duyarlılık nedeniyle psikotik özelliklerin gelişme riski söz konusu olabilir, antidepresan tedavisinin duygusal düzenleme üzerindeki olumlu etkileri, mizofoninin yol açtığı tetikleyici seslere karşı duyarlılığı azaltabilir ve yanlış yorumlamaları önleyebilir. Bu bağlamda, antidepresanların hem mizofoni hem de psikotik belirtiler üzerinde tedavi edici rolü, bu ilaçların duygusal ve nörobiyolojik süreçler üzerindeki geniş kapsamlı etkileriyle ilişkilendirilebilir. Bulgularımız, depresyon ve mizofoni birlikteliği göz önüne alındığında, tedavi yaklaşımlarının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Mizofoni belirtileri gösteren depresyon hastalarında belirsiz psikotik belirtilere tek başına antidepresanlar ile yanıt alınabilirken, mizofoni bulgusu olmayan depresyon hastalarında psikotik belirtiler üzerinde antidepresanlara yeterli yanıt alınamayabileceği ve bu durumlarda ek olarak antipsikotik tedavilerin tercih edilmesinde fayda olabileceği sonucu ortaya çıkmaktadır.

Araştırmamızda elde edilen bulgular, depresyon hastalarında mizofoni puanlarının artışı ile birlikte motor dürtüselliğin, dikkat dürtüselliğinin ve intihar

düşüncelerinin arttığını göstermiştir. Literatürde yer alan benzer çalışmalar, bu bulguları destekler niteliktedir. Örneğin, mizofoni hastalarının psikiyatrik özelliklerini inceleyen bir kesitsel çalışmada, majör depresif bozukluk ve intihar eğiliminin en sık görülen psikiyatrik tablolar olduğu raporlanmıştır (112). Ayrıca, mizofoni ve komorbid psikiyatrik semptomların varlığını araştıran başka bir çalışmada, mizofoni hastalarında potansiyel intihar eğiliminin bulunduğu ve bu durumun dürtüsellik ile ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir (10).

Mizofoninin nöropsikolojik profilini inceleyen bir araştırmada, mizofoni hastalarının sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı ve dürtüselliğe sahip olduğu ve bilişsel performanslarının daha düşük olduğu bulunmuştur (113). Bu, mizofoni hastalarının genel psikolojik işleyişlerinin ve bilişsel işlevlerinin etkilendiğini gösterir. Mizofoni semptomlarının şiddeti ile anksiyete ve depresif semptomlar arasında orta düzeyde bir pozitif korelasyon bulunduğu, ayrıca mizofoni şiddeti ile Barrat alt ölçek puanları olan plan yapamama ve motor dürtüsellik arasında zayıf bir pozitif korelasyon tespit edildiği belirlenmiştir (11). Bu bulgular, mizofoninin psikiyatrik özelliklerle karmaşık bir ilişkiye sahip olduğunu ve dürtüselliğin mizofoni ile ilişkili semptomlar arasında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Depresyon hastalarında intihar girişimleri ile ilişkili yapısal anormallikleri ve fonksiyonel bağlantıları ele alan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan depresyon hastalarında sağlıklı kontrollere göre sağ inferior frontal girusun gri madde hacminde azalma ve fonksiyonel bağlantılarında farklılıklar bulunmuştur (13). İnferior frontal girus, davranış kontrolü ve inhibisyon gibi işlevlerde kilit rol oynayan bir beyin bölgesidir. Bu bölgedeki olası patolojiler, inhibisyon işlevinin olumsuz etkilenmesine ve artmış dürtüselliğe yol açabilir (50).

Sonuç olarak, depresyon hastalarında mizofoni puanlarının artışı ile ilişkili olan motor ve dikkat dürtüselliği ile intihar düşünceleri arasındaki ilişki, mizofoninin psikiyatrik semptomlar ve dürtüsellikle olan karmaşık etkileşimini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, mizofoni ve depresyonun yönetiminde bütüncül bir yaklaşımın önemini vurgular ve mizofoninin nöropsikolojik temellerinin daha detaylı incelenmesi gerektiğini gösterir. Bu bağlamda, inferior frontal girus gibi beyin bölgelerinin işlevsellikleri üzerine yapılan çalışmalar, mizofoni ve depresyon hastalarında görülen psikiyatrik ve nöropsikolojik özelliklerin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

Araştırmamızda yapılan ölçek puan karşılaştırmaları, mizofoniye sahip depresyon hastaları arasında anlamlı bir fark saptanmamış olmasına rağmen, mizofoni puanlarının artması ile CUDOS Karma alt ölçek puanlarının da anlamlı olarak yükseldiği gözlemlenmiştir. . Ayrıca bu klinik özellik mizofonik depresyonu olan hastalar için bipolar bozukluk spektrumu da düşündürtmektedir. Bugüne kadar yapılmış çalışmalarda bipolar bozukluk ile mizofoni arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışma gözlenmemiştir. Çalışmamızın bulgularının bu tür çalışma ile desteklenmesi gerekmektedir. Bipolar bozukluğun karmaşık duygusal ve davranışsal semptomları ile mizofoninin duyusal hassasiyeti ve duygusal tepkileri arasındaki muhtemel ilişki, gelecek araştırmalarda incelenmesi gereken önemli bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu bulgu, hem mizofoni hem de karma belirtilerin, amigdala, hipokampus ve inferior frontal gyrus gibi duygusal ve duyusal işleme ile ilişkili beyin bölgeleriyle bağlantılı olduğuna dair mevcut anlayışı desteklemektedir. Bu ortak mekanizmalar, söz konusu iki durumun birlikteliğine katkıda bulunuyor olabilir. Bu bağlamda, mizofoni ve karma belirtilerin ortak nörobiyolojik temelleri, beyindeki duygusal düzenleme ve duyusal işleme kapasitesinin bu iki durum üzerinde nasıl bir etki yaratabileceğine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Özellikle, amigdala duygusal tepkilerin ve öğrenmenin merkezi olarak bilinirken; hipokampus, hafıza oluşumu ve duygusal durumlarla ilişkili bilgilerin işlenmesinde önemli bir rol oynar. İnferior frontal girus ise, davranışsal tepkilerin inhibisyonunda ve duygusal düzenlemede kritik öneme sahiptir.

Çalışmamızda tedavi yanıt ve remisyon oranları açısından mizofonisi olan ve olmayan depresyon hastaları arasında istatiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da mizofonisi olan depresyon hastalarında tedaviye yanıt ve remisyon oranlarının mizofonisi olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu sonucu lojistik regresyon analizi sonuçlarımız da desteklemektedir. Aynı zamanda remisyona girmeyen hastalarda tedavi sonrası mizofoni puanlarının daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Mizofonisi olan depresyon hastalarında remisyon oranlarının düşük olması mizofoniye eşlik eden anksiyete, intihar eğilimi (şiddetli depresyon), psikotik belirtiler ve karma belirtileri ile ilişkili olabilir (11, 93). Ancak tedavi sonrası yüksek mizofoni puanlarıyla yetersiz tedavi yanıtı arasındaki ilişkiye mizofoni varlığının doğrudan katkısı da olabilir. Bunun nedeni daha önce bahsedildiği gibi mizofoni sürecindeki psikososyal güçlükler ve nörobiyolojik yatkınlıklar olabilir. Bu sonuçlar

mizofonisi olan depresyon hastalarında mizofoni tedavi edilmediğinde depresif belirtilerin devam edebileceğini düşündürmektedir. Depresyon ve mizofoninin beraber olduğu olgularda mizofoninin kendisi de bir tedavi hedefi olarak görülmeli ve buna yönelik tedaviler geliştirilmelidir.

Tedavi sonuçları ölçek skorları açısından incelendiğinde depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin mizofonisi olan ve olmayan hastalarda benzer şekilde iyileştiği, karma belirtilerin her iki gruptada benzer şekilde anlamlı iyileşme göstermediği gözlenmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından birisi depresyon şiddetlerinin ve tedavi yanıtlarının katılımcıların kendi beyanına dayanan ölçekler yoluyla belirlenmesidir. Bir diğer sınırlılık ise örneklem sayısının ve kontrol süresinin yeterliliği ile ilgili endişelerdir. Daha büyük örneklem ve daha uzunlamasına yapılacak bir çalışma ile özellikle tedavi yanıtında gruplar arası fark belirginleşebilir ve daha güçlü bir değerlendirme elde edilebilir.

Mizofoni varlığı ve depresyon üzerine çalışmalar olsa da bu çalışmalar komorbidite düzeyinde kalmıştır. Çalışmamız mizofonisi olan depresyon hastalarını fenomenolojik açıdan ele alan yaklaşımıyla metodolojik olarak yenilikçi bir çalışmadır. Aynı zamanda bu ilişkiyi uzunlamasına olarak da ele almış olmak klinik görünüm yanında mizofonisi olan depresyonlarda prognoza dair de önemli bir anlayış sunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mizofonisi olan depresyon hastalarında anksiyete belirtileri, karma belirtiler, psikotik belirtiler, tedavi yanıtı ve daha şiddetli depresyon gibi özellikler bir arada dikkate alındığında ön plana çıkan en önemli ortak etyopatolojik etken İFG olarak göze çarpmaktadır. Bu bulgular, mizofoni ve depresyonun yönetiminde bütüncül bir yaklaşımın önemini vurgular. Mizofoninin nöropsikolojik temellerinin daha detaylı incelenmesi gerektiğini gösterir. Bu bağlamda, inferior frontal girus gibi beyin bölgelerinin işlevsellikleri üzerine yapılan çalışmalar, mizofoni ve depresyon hastalarında görülen psikiyatrik ve nöropsikolojik özelliklerin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir

Ayrıca bu klinik özellikler mizofonik depresyonu olan hastalar için bipolar bozukluk spektrumu da düşündürmektedir. Bipolar bozukluğun karmaşık duygusal ve davranışsal semptomları ile mizofoninin duyusal hassasiyeti ve duygusal tepkileri arasındaki muhtemel ilişki, gelecek araştırmalarda incelenmesi gereken önemli bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu durum, bipolar bozukluk ve mizofoni arasındaki muhtemel etkileşimlerin daha iyi anlaşılabilmesi için ileri düzeyde nörobiyolojik ve psikopatolojik araştırmaların yapılması gerektiğini göstermektedir. Bu tür araştırmalar, mizofoni ve karma psikiyatrik belirtilerin ortak altta yatan mekanizmalarını aydınlatarak, her iki durum için de daha etkili tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Jastreboff, M. M., & Jastreboff, P. J. (2001). Components of decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, phonophobia. ITHS News Lett, 2(5-7), 1-5.
2. Kumar, S., Hancock, O., Cope, T., Sedley, W., Winston, J., & Griffiths, T. D. (2014). Misophonia: a disorder of emotion processing of sounds. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 85(8), e3-e3.
3. Cavanna, A. E., & Seri, S. (2015). Misophonia: current perspectives. Neuropsychiatric disease and treatment, 2117-2123.
4. Edelstein M, Brang D, Rouw R, Ramachandran S (2013) Misophonia: physiological investigations and case descriptions. Front Hum Neurosci, 7:296.
5. Schröder, A., Vulink, N., & Denys, D. (2013). Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. PloS one, 8(1), e54706.
6. Neacsiu, A. D., Szymkiewicz, V., Galla, J. T., Li, B., Kulkarni, Y., & Spector, C. W. (2022). The neurobiology of misophonia and implications for novel, neuroscience-driven interventions. Frontiers in Neuroscience, 16, 893903.
7. Briggs, R. G., Chakraborty, A. R., Anderson, C. D., Abraham, C. J., Palejwala, A. H., Conner, A. K., ... & Sughrue, M. E. (2019). Anatomy and white matter connections of the inferior frontal gyrus. Clinical Anatomy, 32(4), 546-556.
8. Liakakis, G., Nickel, J., & Seitz, R. (2011). Diversity of the inferior frontal gyrus—a meta-analysis of neuroimaging studies. Behavioural brain research, 225(1), 341-347.
9. Jager, I., de Koning, P., Bost, T., Denys, D., & Vulink, N. (2020). Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample. PloS one, 15(4), e0231390.
10. Erfanian, M., Kartsonaki, C., & Keshavarz, A. (2019). Misophonia and comorbid psychiatric symptoms: a preliminary study of clinical findings. Nordic journal of psychiatry, 73(4-5), 219-228.
11. Siepsiak, M., Sobczak, A. M., Bohaterewicz, B., Cichocki, Ł., & Dragan, W. Ł. (2020). Prevalence of misophonia and correlates of its symptoms among inpatients with depression. International journal of environmental research and public health, 17(15), 5464.
12. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx).
13. Rolls, E. T., Cheng, W., Du, J., Wei, D., Qiu, J., Dai, D., ... & Feng, J. (2020). Functional connectivity of the right inferior frontal gyrus and orbitofrontal cortex in depression. Social cognitive and affective neuroscience, 15(1), 75-86.
14. Zhang, X., Zhang, R., Lv, L., Qi, X., Shi, J., & Xie, S. (2022). Correlation between cognitive deficits and dorsolateral prefrontal cortex functional connectivity in first-episode depression. Journal of Affective Disorders, 312, 152-158.
15. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. pp. 261–97.

16. Berrios, G. E. (1988). Depressive and manic states during the nineteenth century. Gorgotas, A., and Cancro, R.(eds) Depression and mania. Elsevier Science, New York, 13-25.

17. Yazıcı O, ORAL T. Psikoz Manik-Depresiften İki Uçlu Bozukluğa: Tanım ve Yaklaşımda Neler Değişti?

18. Jackson, S. W. (1995). A history of melancholia and depression.In G. H., Pollock,H. M. Visotsky, (Eds.), Depression and Stress.

19. Akiskal HG. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8 ed. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.

20. Mondimore, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: an historical perspective. International Review of Psychiatry, 17(1), 49-52.

21. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Duygudurum Bozuklukları. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11 ed: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016. p. 347-86.

22. APA. Diagnostic and statistical manual: mental disorders. Washington: American Psychiatric Assn. 1952.

23. APA. DSM-II Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: American Psychiatric Association.

24. APA. DSM III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association.

25. APA. Diagnostic and statistical manuel of mental disorders dsm-iv: American Psychiatric Association.

26. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM- 5®): American Psychiatric Pub. 2013.

27. WHO. Depression: A Global Crisis World Mental Health Day, October 10 2012.

28. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC medicine.

29. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Eksen Tanıtım LTD; Ankara; 2001.

30. Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. The Lancet, 367(9505).

31. Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. The Lancet, 379(9820).

32. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. Science (1979). 2003;301(5631):386–9.

33. Malhi GS, Mann JJ. Depression. Lancet. 2018;392(10161):2299-31.

34. Willner, P., Scheel-Krüger, J., & Belzung, C. (2013). The neurobiology of depression and antidepressant action. Neuroscience & biobehavioral reviews, 37(10), 2331-2371.

35. Dogan KH, Unaldi M, Demirci S. Evaluation of Postmortem Cerebrospinal Fluid S100B Protein and Serotonin Levels: Comparison of Suicidal Versus Nonsuicidal Deaths in Konya, Turkey. J Forensic Sci. 2016;61(5):1285-91. .

36. Jans, L. A. W., Riedel, W. J., Markus, C. R., & Blokland, A. (2007). Serotonergic vulnerability and depression: assumptions, experimental evidence and implications. Molecular psychiatry, 12(6).

37. Drevets, W. C., Thase, M. E., Moses-Kolko, E. L., Price, J., Frank, E., Kupfer, D. J., & Mathis, C. (2007). Serotonin-1A receptor imaging in recurrent depression: replication and literature review. Nuclear medicine and biology, 34(7), 865-877.

38. Chatzittofis A, Nordstrom P, Hellstrom C, Arver S, Asberg M, Jokinen J. CSF 5-HIAA, cortisol and DHEAS levels in suicide attempters. Eur Neuropsychopharmacol. 2013;23(10):1280-7.

39. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi. 4 ed: İstanbul Tıp Kitabevi; 2015. 253-68 .

40. Çelik Helvacı F, Hocaoğlu Ç. "Major depresif bozukluk " tanımı, etiyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Journal Of Contemporary Medicine 2016;6(1): 51-66.

41. Kendell, S. F., Krystal, J. H., & Sanacora, G. (2005). GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. Expert opinion on therapeutic targets, 9(1), 153-168.

42. Işık E, Işık U, Işık Taner Y. Çoçuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık; 2013.

43. Murphy, B. E. P. (1991). Steroids and depression. The Journal of steroid biochemistry and molecular biology, 38(5).

44. Beck-Friis, J., Ljunggren, J. G., Thorén, M., Von Rosen, D., Kjellman, B. F., & Wetterberg, L. (1985). Melatonin, cortisol and ACTH in patients with major depressive disorder and healthy humans with special reference to the outcome of the dexamethasone suppression test. Psychoneuroendocrinology, 10(2).

45. Nelson JC, Davis JM. DST studies in psychotic depression: a meta-analysis. The American journal of psychiatry. 1997;154(11):1497-503.

46. Schatzberg, A. F., Keller, J., Tennakoon, L., Lembke, A., Williams, G., Kraemer, F. B., ... & Murphy, G. M. (2014). HPA axis genetic variation, cortisol and psychosis in major depression. Molecular psychiatry, 19(2).

47. Stetler, C., & Miller, G. E. (2011). Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: a quantitative summary of four decades of research. Psychosomatic medicine, 73(2).

48. Berlin, I., Payan, C., Corruble, E., & Puech, A. J. (1999). Serum thyroid-stimulating-hormone concentration as an index of severity of major depression. International Journal of Neuropsychopharmacology, 2(2).

49. Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. Psychiatric clinics, 35(1), 51-71.

50. Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2017). Fractionating impulsivity: neuropsychiatric implications. Nature Reviews Neuroscience, 18(3), 158-171.

51. Amunts, K., & Zilles, K. (2012). Architecture and organizational principles of Broca's region. Trends in cognitive sciences, 16(8), 418-426.

52. Dai, D., Lacadie, C. M., Holmes, S. E., Cool, R., Anticevic, A., Averill, C., ... & Esterlis, I. (2020). Ketamine normalizes the structural alterations of inferior frontal gyrus in depression. Chronic Stress, 4.

53. Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. American journal of psychiatry, 157(10), 1552-1562.

54. Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. Treatment of depression: Old controversies and new approaches.

55. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık; 2003.

56. World Healt Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic ciriteria for research. Geneva(Switzerland): World Healt Organization. 1992.

57. Altınbaş, K. (2021), Duygudurum Bozuklukları Tanı ve Tedavisi.

58. Flores, B. H., & Schatzberg, A. F. (2006). Psychotic Depression.

59. Langan, R. C., & Goodbred, A. J. (2016). Identification and management of peripartum depression. American family physician, 93(10), 852-858.

60. Wirz-Justice, A., Ajdacic, V., Rössler, W., Steinhausen, H. C., & Angst, J. (2019). Prevalence of seasonal depression in a prospective cohort study. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 269, 833-839.

61. Segal, Z. V., Pearson, J. L., & Thase, M. E. (2003). Challenges in preventing relapse in major depression: report of a National Institute of Mental Health Workshop on state of the science of relapse prevention in major depression. Journal of affective disorders, 77(2), 97-108.

62. Keller, M. B., Klerman, G. L., Lavori, P. W., Coryell, W., Endicott, J., & Taylor, J. (1984). Long-term outcome of episodes of major depression: clinical and public health significance. Jama, 252(6), 788-792.

63. Altınbas K, Akdeniz F, "Depresyon Sagaltım Kitabı", Tpd Yayınları, Ankara,2001.

64. Souery D, Amsterdam J, de Montigny C, Lecrubier Y, Montgomery S, Lipp O, et al. Treatment resistant depression: methodological overview and operational criteria. European Neuropsychopharmacology. 1999;9(1–2):83–91.

65. Potgieter I, MacDonald C, Partridge L, Cima R, Sheldrake J, Hoare DJ (2019) Misophonia: A scoping review of research. J Clin Psychol, 75:1203-1218.

66. Gençer AG, Karadere ME, Okumuş B, Hocaoğlu Ç. DSM-5'e giremeyen tanılar (kompulsif satın alma, misophonia, facebook kıskançlığı, pagofaji, siberkondria,

internet bağımlılığı). Hocaoğlu Ç, Ed DSM-5'in Yeni Tanıları Ankara, Türkiye Klin 2018;11: 87–96.

67. Wu MS, Lewin AB, Murphy TK, Storch EA (2014) Misophonia: incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. J Clin Psychol, 70:994-1007.

68. Zhou, X., Wu, M. S., & Storch, E. A. (2017). Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 14, 7-12.

69. Kılıç, C., Öz, G., Avanoğlu, K. B., & Aksoy, S. (2021). The prevalence and characteristics of misophonia in Ankara, Turkey: population-based study. BJPsych open, 7(5), e144.

70. Naylor, J., Caimino, C., Scutt, P., Hoare, D. J., & Baguley, D. M. (2021). The prevalence and severity of misophonia in a UK undergraduate medical student population and validation of the Amsterdam misophonia scale. Psychiatric Quarterly, 92, 609-619.

71. Schröder A, van Wingen G, Eijsker N, San Giorgi R, Vulink NC, Turbyne C, et al. Misophonia is associated with altered brain activity in the auditory cortex and salience network. Sci Rep 2019;9: 1–9.

72. Kumar, S., Dheerendra, P., Erfanian, M., Benzaquén, E., Sedley, W., Gander, P. E., ... & Griffiths, T. D. (2021). The motor basis for misophonia. Journal of Neuroscience, 41(26), 5762-5770.

73. Eijsker, N., Schroeder, A., Smit, D. J., van Wingen, G., & Denys, D. (2021). Structural and functional brain abnormalities in misophonia. European Neuropsychopharmacology, 52, 62-71.

74. Andermane, N., Bauer, M., Simner, J., & Ward, J. (2023). A symptom network model of misophonia: From heightened sensory sensitivity to clinical comorbidity. Journal of Clinical Psychology, 79(10), 2364-2387.

75. Rinaldi, L. J., Simner, J., Koursarou, S., & Ward, J. (2023). Autistic traits, emotion regulation, and sensory sensitivities in children and adults with Misophonia. Journal of Autism and Developmental Disorders, 53(3), 1162-1174.

76. Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M. D., Collins, N., & Brown, L. L. (2014). The highly sensitive brain: an fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. Brain and behavior, 4(4), 580-594.

77. Jastreboff, P. J., & Hazell, J. W. (2008). Tinnitus retraining therapy: Implementing the neurophysiological model. Cambridge University Press.

78. Claiborn, J. M., Dozier, T. D., Hart, S. L., & Jaehoon, L. (2017). Misophonia phenomenology, impact, and clinical correlates. Manuscript submitted for publication.

79. Danesh, A., & Aazh, H. (2020). Misophonia: a neurologic, psychologic, and audiologic complex. The Hearing Journal, 73(3), 20-22.

80. Vitoratou, S., Uglik-Marucha, N., Hayes, C., Erfanian, M., Pearson, O., & Gregory, J. (2021). Item response theory investigation of misophonia auditory triggers. Audiology research, 11(4), 567-581.

81. Sanchez, T. G., & Silva, F. E. D. (2018). Familial misophonia or selective sound sensitivity syndrome: evidence for autosomal dominant inheritance?. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, 84, 553-559.

82. Smit, D. J., Bakker, M., Abdellaoui, A., Hoetink, A. E., Vulink, N. C., & Denys, D. (2022). Genetic evidence for the link of misophonia with psychiatric disorders and personality. medRxiv, 2022-09.

83. Jaswal SM, Blesser AD, Handy TC. A common human problem has a name: misokinesia. Published online 2021. .

84. Frank B, McKay D. The suitability of an inhibitory learning approach in exposure when habituation fails: A clinical application to misophonia. Cogn Behav Pract. 2019; 26(1):130-142.

85. Schadegg MJ, Clark HL, Dixon LJ. Evaluating anxiety sensitivity as a moderator of misophonia and dimensions of aggression. J Obsessive Compuls Relat Disord. Published online 2021:100657.

86. Taylor, S. (2017). Misophonia: A new mental disorder?. Medical Hypotheses, 103, 109-117.

87. Cassiello-Robbins, C., Anand, D., McMahon, K., Guetta, R., Trumbull, J., Kelley, L., & Rosenthal, M. Z. (2020). The mediating role of emotion regulation within the relationship between neuroticism and misophonia: A preliminary investigation. Frontiers in psychiatry, 11, 847.

88. Snow, J. B. (2004). Tinnitus: theory and management.

89. Bruxner, G. (2016). 'Mastication rage': a review of misophonia–an under-recognised symptom of psychiatric relevance?. Australasian Psychiatry, 24(2), 195-197.

90. Erfanian, M., Brout, J. J., & Keshavarz, A. (2017). Misophonia and affective disorders: The relationship and clinical perspective. European Psychiatry, 41(S1), S471-S471.

91. Rouw, R., & Erfanian, M. (2018). A large-scale study of misophonia. Journal of clinical psychology, 74(3), 453-479.

92. Erfanian M, Brout JJ, Keshavarz A. Misophonia, emotional dysregulation and affective disorders: a preliminary study. Eur Neuropsychopharmacol 2018;28: 771–772.

93. Quek, T.C., et al., Misophonia in Singaporean psychiatric patients: a cross-sectional study. International journal of environmental research and public health, 2018. 15(7): p. 1410.

94. Neal M, Cavanna AE. P3 selective sound sensitivity syndrome (misophonia) and Tourette syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2012;83: e1–e1.

95. 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. .

96. Natalini E, Dimaggio G, Varakliotis T, Fioretti A, Eibenstein A. Misophonia, maladaptive schemas and personality disorders: a report of three cases. J Contemp Psychother 2020;50: 29–35. .

97. Sakarya, M. D., & Cakmak, E. (2022). Validity and Reliability Testing Study of the Turkish Version of the Misophonia Scale.

98. Çelikbaş, Z., Batmaz, S., Yüncü, Ö. A., Öztürk, M., & Aslan, E. A. (2020). Anksiyeteli ve karma özellikli depresyonu değerlendirme: Klinikte yararlı depresyon sonlanım ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği. Klinik Psikiyatri Dergisi, 23(1).

99. Stefanis, N. C., Hanssen, M., Smirnis, N. K., Avramopoulos, D. A., Evdokimidis, I. K., Stefanis, C. N., ... & Van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. Psychological medicine, 32(2), 347-358.

100. Sevi, O. M., Ustamehmetoğlu, F., Gülen, M., & Zeybek, Z. (2019, September). Toplumda Psişik Yaşantıları Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerliliği. In Yeni Symposium (Vol. 57, No. 3).

101. Williams, J. B. (2001). Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 251, 6-12.

102. Aydemir, Ö., Deveci, A., & İçelli, İ. (2006). Hamilton depresyonu değerlendirme ölçeği yapılandırılmış görüşme kılavuzu mevsimsel duygu durumu bozukluğu versiyonu'nun güvenilirlik ve geçerliliği. Psychiatry in Türkiye, 8(1), 18-21.

103. Hisli N. The validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. Psikoloji dergisi. 1989;7:3-13.

104. Kumar, S., Tansley-Hancock, O., Sedley, W., Winston, J. S., Callaghan, M. F., Allen, M., ... & Griffiths, T. D. (2017). The brain basis for misophonia. Current Biology, 27(4), 527-533.

105. Johnstone, T., Van Reekum, C. M., Urry, H. L., Kalin, N. H., & Davidson, R. J. (2007). Failure to regulate: counterproductive recruitment of top-down prefrontal-subcortical circuitry in major depression. Journal of Neuroscience, 27(33), 8877-8884.

106. Peng, W., Jia, Z., Huang, X., Lui, S., Kuang, W., Sweeney, J. A., & Gong, Q. (2019). Brain structural abnormalities in emotional regulation and sensory processing regions associated with anxious depression. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 94, 109676.

107. Ferrer-Torres, A., & Giménez-Llort, L. (2022). Misophonia: A systematic review of current and future trends in this emerging clinical field. International journal of environmental research and public health, 19(11), 6790.

108. Dibb, B., & Golding, S. E. (2022). A longitudinal investigation of quality of life and negative emotions in misophonia. Frontiers in neuroscience, 16, 900474.

109. Bagrowska, P., Pionke-Ubych, R., & Gawęda, Ł. (2022). Do they make these sounds to hurt me? The mediating role of emotion regulation, anxiety and hostile attributions in the relationship between misophonia and paranoia-like thoughts. Schizophrenia Research, 250, 137-142.

110. Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Crescini, A., Deste, G., Kempton, M. J., Lawrie, S., ... & Sacchetti, E. (2011). Neuroanatomy of vulnerability to psychosis: a voxel-based meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35(5), 1175-1185.

111. Suzuki, M., Zhou, S. Y., Takahashi, T., Hagino, H., Kawasaki, Y., Niu, L., ... & Kurachi, M. (2005). Differential contributions of prefrontal and temporolimbic pathology to mechanisms of psychosis. Brain, 128(9), 2109-2122.

112. Siepsiak, M., Rosenthal, M. Z., Raj-Koziak, D., & Dragan, W. (2022). Psychiatric and audiologic features of misophonia: Use of a clinical control group with auditory over-responsivity. Journal of psychosomatic research, 156, 110777.

113. Abramovitch, A., Herrera, T. A., & Etherton, J. L. (2024). A neuropsychological study of misophonia. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 82, 101897.

8. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E1-23-4420

4420-no'lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yapılması planlanan "Majör Depresif Bozuklukta Mizofoni Klinik Görünüm ve Prognoza Etki Eder mi?" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

27/12/2023

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; Etik Kurul EKadıoğlu

Tel: 0 (312) 552 66 00

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresif Bozuklukta Mizofoni Klinik Görünüm ve Prognoza Etki Eder mi?
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

	ETİK KURULUN ADI	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara
	TELEFON	0312 552 66 00
	FAKS	0312 552 99 82
	E-POSTA	ankarash.etikkurul@sağlıkgov.tr

BİLGİLERİ BAŞVURULAN ETİK KURULA	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mustafa Uğurlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz:Prospektif Çalışma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkan
Unvanı/Adı/Soyad
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresif Bozuklukta Mizofoni Klinik Görünüm ve Prognoza Etki Eder mi?
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	**Belge Adı**		**Açıklama**	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: E1/4420/2023**	**Tarih: 27.12.2023**		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soy
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Majör Depresif Bozuklukta Mizofoni Klinik Görünüm ve Prognoza Etki Eder mi?
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. Hürrem BODUR**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☑	H☐	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof. Dr.Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	
Prof.Dr.Defne KALAYCI	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	
Prof.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	
Prof. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	AnkaraYıldırım Beyazıt Üniversitesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐	H☐	
Prof.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	
Doç.Dr.Servet KOCAÖZ	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐	H☐	
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐	H☐	
Doç.Dr.Alp ŞENER	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐	H☐	
Doç.Dr.Nuran SÜNGÜ	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soy
İmza:

EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Majör depresif bozuklukta mizofoni klinik görünüm ve prognoza etki eder mi? 'dir. Bu araştırmanın amacı depresif bozukluk tanısı almış bireylerde belirtilerin incelenmesi ve mizofonik belirtilere sahip olmanın belirti ve tedaviye yanıt açısından farklılık oluşturup oluşturmadığının araştırılması amaçlanmıştır. Bu araştırmada sizden bazı ölçek formlarını doldurmanız istenmektedir. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre yaklaşık 30 dakikadır. Bu araştırma ile ilgili olarak ölçek formlarını samimi ve doğru bir biçimde doldurmaya çalışmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir tıbbi bir risk öngörülmemektedir. Sizin katılımınızla elde edilecek veriler sayesinde depresif bozukluk etyolojisi ve tedavisi ile ilgili literatüre bilgi sağlanacaktır. Ayrıca isteyen ve başvuran hastaların, psikiyatri polikliniğinde çalışmadan bağımsız olarak tedavileri sürdürülecektir.Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için numaralı telefondan başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiç bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırma herhangi bir finansal kurum ya da kuruluş tarafından desteklenmemektedir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan gerekleri yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız nedeni ile sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,	**Açıklamaları yapan araştırmacının,**
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Adresi:	Görevi:
Tel.-Faks:	Adresi:
Tarih ve İmza:	Tel.-Faks:
	Tarih ve İmza:

EK-3: SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH:

1.Adınız soyadınız:

2.Telefon numaranız:

3.Email (varsa):

4.Yaşınız……..

5.Cinsiyetiniz: ……..

6.Medeni durumunuz: ( ) Evli ( )Bekâr ( ) Boşanmış ( ) Eşi vefat etmiş 7.Eğitim Durumu: ( ) İlkokul ( )Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek lisans 8.Çalışıyor musunuz? (Çalışıyorsanız işinizi belirtiniz.) ( ) Evet……. ( )Hayır 9.Sigara kullanıyor musunuz?

1) Hiç kullanmadım

2) Kullanıp bıraktım……(miktar ve yıl belirtiniz)

3)Halen kullanıyorum……. (miktar ve yıl belirtiniz)

10.Alkol kullanıyor musunuz?

1) Hiç kullanmadım

2) Kullanıp bıraktım ……. (miktar, yıl ve türünü belirtiniz)

3)Halen kullanıyorum……...(miktar, yıl ve türünü belirtiniz)

11.Madde kullanıyor musunuz?

1) Hiç kullanmadım

2) Kullanıp bıraktım ……. (miktar, yıl ve türünü belirtiniz)

3)Halen kullanıyorum……...(miktar, yıl ve türünü belirtiniz)

12.Kronik/ ek hastalığınız var ise işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) 1) Diyabet 2) Hipertansiyon 3) Akciğer hastalığı (Astım,KOAH vb) 4) Kalp ve damar hastalıkları 5) Nörolojik hastalıklar 6)Kanser 7)Diğer…….. 8)Hastalığım yok

13.Daha önce benzer hastalık dönemi(depresyon) geçirdiniz mi? (Cevabınız hayırsa 16.soruya geçiniz)

( ) Evet ……..(kaç kere olduğunu belirtiniz)

( )Hayır

14.Hastalığın başlangıç yaşını belirtiniz.

……..……

15.Tedaviye başlangıç yaşını belirtiniz.

……..

16.Daha önce intihar düşünceniz oldu mu?

( ) Evet

( )Hayır

17.Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

( ) Evet ……..(acil serviste müdahele/ yatarak gözlem varsa belirtiniz.)

( ) Hayır

18. daha önce psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördünüz mü?

( ) Evet …….(kaç kere yatarak tedavi gördüğünüzü belirtiniz.)

( ) Hayır

19.Ailede psikiyatrik hastalık tanısı olan var mı? Varsa yakınlık derecesini belirtiniz. (anne/baba/kardeş/dayı…)

( ) Evet, Depresyon …….

( ) Evet, Anksiyete bozukluğu …….

( ) Evet, Obsesif kompulsif bozukluk …….

( ) Evet, Bipolar bozukluk …….

( ) Evet, Şizofreni …….

( )Hayır

Başlanan ilaç tedavisi:

EK-4: MİZOFONİ ÖLÇEĞİ

MİZOFONİ ÖLÇEĞİ

Yönerge: Lütfen aşağıdaki ifadelerden size uyanı, 0 ile 4 arasında, 0 "Kesinlikle doğru değil" ve 4 "Her zaman doğru" olacak şekilde puanlayınız.

0	1	2	3	4
Kesinlikle doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru

1. Diğer insanlara kıyasla, aşağıdaki seslere karşı hassasiyetim var:

1	Yemek yeme sesleri (örneğin: çiğneme, yutma, ağız şapırdatma, höpürdetme gibi).	0	1	2	3	4
2	Tekrar eden tıkırtılar (örneğin: kalemle masaya vurulması, ayakla yere vurulması gibi).	0	1	2	3	4
3	Hışırtılar (örneğin: plastik ya da kağıt hışırtısı gibi).	0	1	2	3	4
4	İnsanların burundan çıkardığı sesler (örneğin: soluk alma, soluk verme, burun çekme gibi).	0	1	2	3	4
5	İnsanların boğazdan çıkardığı sesler (örneğin: boğazını temizle me, öksürme gibi).	0	1	2	3	4
6	Bazı sesli ve/veya sessizler (örneğin: "k" sesi gibi).	0	1	2	3	4
7	Ortam sesleri (örneğin: saatin tik tak etmesi, buzdolabı uğultusu gibi).	0	1	2	3	4
8	Diğer: _____					

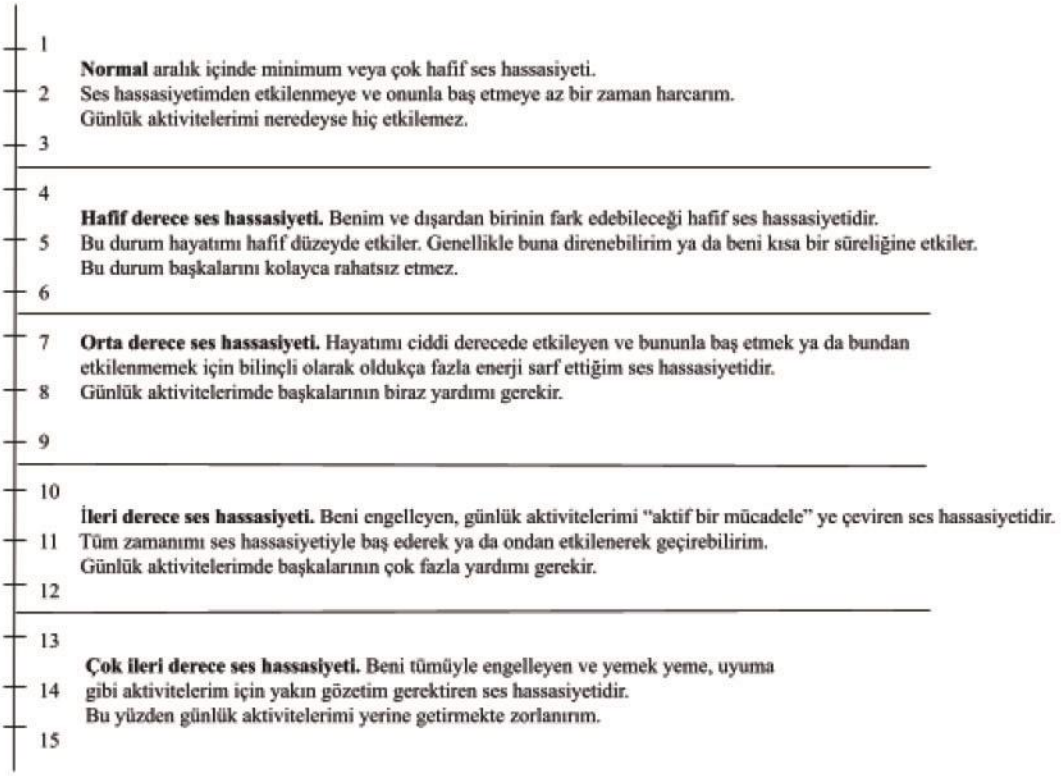
2. Rahatsızlık veren sesin farkına vardığınızda, o ses yüzünden, ne sıklıkla;

1	Rahatsızlık veren sesin/seslerin artık duyulamayacağı bir yere gitmek için bulunduğunuz yeri terk edersiniz?	0	1	2	3	4
2	Rahatsızlık veren ses/seslerin olabileceği düşüncesiyle o sesle bağlantılı belli durum, yer, nesne ve/veya kişilerden bilinçli olarak kaçınırsınız?	0	1	2	3	4
3	Kulaklarınızı kapatırsınız?	0	1	2	3	4
4	Endişeli veya sıkıntılı olursunuz?	0	1	2	3	4
5	Üzgün veya depresif olursunuz?	0	1	2	3	4
6	Sinir olursunuz?	0	1	2	3	4

3. Rahatsızlık veren sesin farkına vardığınızda, o ses yüzünden, ne sıklıkla;

1	Şiddet içeren düşünceleriniz olur?	0	1	2	3	4
2	Öfkelenirsiniz?	0	1	2	3	4
3	Fiziksel olarak saldırganlaşırsınız?	0	1	2	3	4
4	Sözlü olarak saldırganlaşırsınız?	0	1	2	3	4
5	Diğer: _____					

4. Ses hassasiyetinize aşağıdaki cetvelde 1 (en az) ile 15 (çok şiddetli) arasında verilen numaralardan **yalnızca birini işaretleyerek puan veriniz.**



EK-5: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

EK-5: CUDOS-AM-TR

CUDOS-A/M-TR

YÖNERGE: Bu ölçekte bazı hastalarda olabilecek belirtiler ile ilgili sorular yer almaktadır. Her bir maddenin **BUGÜN DAHİL, GEÇTİĞİMİZ HAFTADA** sizi ne kadar iyi tarif ettiğini lütfen belirtiniz. Maddelerin yanındaki kutularda sizin için geçerli olan en doğru yanıtı işaretleyiniz.

DERECELENDİRME KILAVUZU:
0 = hiç doğru değil (0 gün)
1 = nadiren doğru (1-2 gün)
2 = bazen doğru (3-4 gün)
3 = sıklıkla doğru (5-6 gün)
4 = neredeyse her zaman doğru (her gün)

	BUGÜN DAHİL, GEÇTİĞİMİZ HAFTA süresince…	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1	Üzgün ya da çökkün (depresif) hissettim.					
2	Her zamanki etkinliklerime eskisi kadar ilgi duymadım.					
3	İştahım kötüydü ve içimden yemek yemek gelmedi.					
4	İştahım her zamankinden çok daha fazlaydı.					
5	Uyumakta zorlandım.					
6	Çok fazla uyuyordum.					
7	Yerimde sakince oturmamı zorlaştıracak derecede kıpır kıpır (huzursuz) hissettim.					
8	Sanki bedenim çamura saplanmış gibi kendimi fiziksel olarak yavaşlamış hissettim.					
9	Enerji düzeyim düşüktü.					
10	Suçlu hissettim.					
11	Başarısız (yetersiz) olduğumu düşündüm.					
12	Odaklanmakta (konsantre olmakta) güçlük çektim.					
13	Karar vermede her zamankinden daha fazla zorlandım.					
14	Ölmüş olmayı diledim.					
15	Kendimi öldürmeyi düşündüm.					
16	Geleceğin ümitsiz göründüğünü düşündüm.					
17	Adeta uçuyormuşum (zirvedeymişim) gibi mutlu ve neşeli hissettim.					
18	Bir sürü muhteşem (parlak) ve yaratıcı fikrim oldu.					
19	Kendime aşırı derecede güvendim.					
20	Sadece birkaç saat uyusam da enerji dolu uyandım.					
21	Enerji düzeyim sınırsızmış gibi göründü.					
22	Her zamankinden daha konuşkan oldum.					
23	Her zamankinden daha hızlı konuştum.					
24	Aklımdan düşünceler hızla geçiyordu (Düşüncelerim birbiriyle yarışır gibiydi).					
25	Her şeyi yapabileceğimi hissettiğim için bir sürü yeni proje üstlendim.					
26	Her zamankinden daha sosyal ve dışadönük oldum.					
27	Çılgınca, dürtüsel (düşünmeden) şeyler yaptım.					
28	Her zamankinden daha serbestçe para harcadım.					
29	Cinsellik hakkında bir sürü düşünce ve fantezim oldu.					
30	Olaylar hakkında endişelendiğim için gergin veya diken üstünde hissettim.					
31	Aklım endişelerimde olduğu için konsantre olmakta zorluk yaşadım.					
32	Kötü bir şeyler olabileceğinden çok endişelendim.					
33	Çok kaygılandığımda kontrolümü kaybedeceğimden korktum.					
34	Genel olarak, geçtiğimiz hafta depresyon belirtileriniz ne düzeyde yaşamınızda etkili oldu ya da yaşamınızda zorluklara yol açtı?	**Hiç**	**Biraz**	**Orta düzeyde**	**Oldukça**	**Çok fazla**

35. Geçtiğimiz hafta için genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

0. Çok iyi, hayatım bundan daha iyi olamazdı.
1. Oldukça iyi, hayatımdaki çoğu şey iyi gidiyor.
2. Hayatımdaki iyi ve kötü şeyler eşit düzeyde.
3. Oldukça kötü, hayatımdaki çoğu şey kötü gidiyor.
4. Çok kötü, hayatım bundan daha kötü olamazdı.

EK-6: CAPE

CAPE (Toplumda Psikoz Yaşantıları Değerlendirilmesi)



Ölçek ile ilgili açıklamalar:
CAPE belirli duygular, düşünceler ve zihinsel deneyimleri ölçmek için geliştirilmiştir. Bu duygu, düşünce ve zihinsel deneyimlerin toplumda daha önce varsayılandan çok daha yaygın olduğunu ve pek çok insanın bunlara benzer duygu, düşünce ve/veya zihinsel deneyimleri hayatlarının bir kısmında yaşadığını düşünüyoruz.

Sonraki sayfalar A ve B sütunlarına ayrılmıştır. **A sütununda** belirli duygu düşünce ya da zihinsel deneyimlerin **hayatınız boyunca** hangi sıklıkla yaşadığınızı belirtebilirsiniz. Lütfen en uygun olanın yanına işaret koyunuz. **Doğru ya da yanlış cevap yoktur.**
Eğer hayatınızda bu duygu, düşüncelerden dolayı zorlandığınız birden fazla dönem olduysa, lütfen en kötü zamanı düşünerek cevaplayınız.

Eğer "hiçbir zaman" ı işaretlediyseniz, lütfen bir sonraki soruya geçiniz.

Eğer "bazen", "sıklıkla" veya "neredeyse her zaman"ı işaretlediyseniz, lütfen B sütununda bu deneyim nedeniyle ne kadar sıkıntı yaşadığınızı, zorlandığınızı belirtiniz.

	Sütun A				Bu deneyim nedeniyle ne kadar sıkıntı yaşadığınızı, zorlandığınızı belirtiniz. Sütun B			
	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman	Hiç sıkıntı hissetmi-yorum	Biraz sıkıntı hissed-yorum	Belirgin sıkıntı hissed-yorum	Çok sıkıntı hissedi-yorum
1. Kendinizi üzgün hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
2. İnsanların sizin hakkınızda imalarda bulunduğunu veya farklı anlamlara çekilebilecek sözler söylediklerini hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
3. Hayat dolu bir insan olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
4. Başkalarıyla konuşurken pek konuşkan birisi olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
5.Dergilerde ya da televizyonda gördüğünüz şeylerin özel olarak sizin için yazıldığını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
6. Bazı insanların göründükleri gibi olmadıklarını hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
7. Herhangi bir şekilde size kötülük ediliyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
8. Önemli olaylar karşısında hiç duygulanmadığınızı ya da çok az duygulandığınızı hissettiğiniz olur mu?	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman	Hiç sıkıntı hissetmiyorum	Biraz sıkıntılı hissediyorum	Belirgin sıkıntı hissediyorum	Çok sıkıntı hissediyorum
9. **Her konuda kötümser olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
10. **Size karşı bir komplo kurulduğunu hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
11. **Çok önemli birisi olacağınızın alın yazınızda olduğunu hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
12. **Hiçbir geleceğiniz yokmuş gibi hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
13. **Çok özel ya da sıra dışı bir kişi olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
14. **Artık yaşamak istemiyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
15. **İnsanların zihinden zihine iletişim kurabildiğini düşündüğünüz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
16. **İnsanlarla birlikte olmaya ilgi duymadığınızı hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
17. **Bilgisayar gibi elektrikli aletlerin düşüncelerinizi etkileyebileceğini hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4
18. **Birşeyler yapma konusunda hevesli olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?**	0 1	0 2	0 3	0 4	0 1	0 2	0 3	0 4

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman	Hiç sıkıntı hissetmi-yorum	Biraz sıkıntı hissed-yorum	Belirgin sıkıntı hissed-yorum	Çok sıkıntı hissedi-yorum
19. Sebepsiz yere ağladığınız olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
20. Büyüye, cincilere veya medyumların gücüne inanır mısınız?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
21. Enerjinizin kalmadığını hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
22. İnsanların size görünümünüz nedeniyle tuhaf tuhaf baktığını hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
23. Zihninizin bomboş olduğunu hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
24. Sanki size ait düşünceler zihninizden çekilip alınıyormuş gibi hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
25. Günlerinizi hiçbir şey yapmadan boşa geçirdiğinizi hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
26. Kafanızdaki düşünceler size ait değilmiş gibi hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
27. Duygularınızın yeterince yoğun olmadığını hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
28. Hiç düşünceleriniz, başkaları tarafından işitilecek diye endişe edeceğiniz kadar canlı olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
29. İçten, doğal olmadığınızı hissettiğiniz olur mu?	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman	Hiç sıkıntı hissetmi-yorum	Biraz sıkıntılı hissed-yorum	Belirgin sıkıntı hissed-yorum	Çok sıkıntı hissedi-yorum
30. **Kendi düşüncelerinizi yankı yapar gibi işittiğiniz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
31. **Kontrolünüzün sizin değil de başka bir gücün elinde olduğunu hissettiğiniz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
32. **Duygularınızın körelmiş olduğunu hissettiğiniz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
33. **Yalnızken sesler duyduğunuz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
34. **Yalnız kaldığınızda birbiriyle konuşan sesler işittiğiniz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
35. **Dış görünümünüzü ya da kişisel temizliğinizi ihmal ettiğinizi hissettiğiniz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
36. **İşleri hiçbir zaman yoluna koyamayacağınızı hissettiğiniz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4
37. **Hobilerinizin az ya da ilgi alanlarınızın kısıtlı olduğunu hissettiğiniz olur mu?**	O 1	O 2	O 3	O 4	O 1	O 2	O 3	O 4

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse her zaman	Hiç sıkıntı hissetmi-yorum	Biraz sıkıntılı hissed-yorum	Belirgin sıkıntı hissed-yorum	Çok sıkıntı hissedi-yorum
38. **Kendinizi suçlu hissettiğiniz olur mu?**	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
39. **Başarısız biri olduğunuzu hissettiğiniz olur mu?**	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
40. **Gergin hissettiğiniz olur mu?**	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
41. **Bir başkası, bir yakınınızın kılığına girmiş gibi hissettiğiniz olur mu?(ailenizden birinin, bir arkadaşınızın ya da bir tanıdığınızın)**	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4
42. **Hiç diğer insanların göremediği nesneleri, kişileri ya da hayvanları gördüğünüz olur mu?**	O1	O2	O3	O4	O1	O2	O3	O4

EK-7: BARRAT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ -11
KISA FORMU

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				
12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				

EK-8: İNTİHAR DÜŞÜNCESİ ÖLÇEĞİ (İDÖ)

İntihar Düşüncesi Ölçeği

Son bir hafta içerisinde aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için "Hayır" yanıtını işaretleyiniz.

1. Kontrol edemeyeceğim kadar öfkelenirim.

o Evet

o Hayır

2. Bazen başkalarını incitme isteği hissediyorum.

o Evet

o Hayır

3. İncinmem veya yaralanmam umurumda değil.

o Evet

o Hayır

4. Kendim için bir şeyleri daha iyi yapabileceğim konusunda umudu kesebilirim.

o Evet

o Hayır

5. Geleceğim bana karanlık görünüyor.

o Evet

o Hayır

6. İlerisi için yalnızca hoş olmayan şeyler düşünüyorum.

o Evet

o Hayır

7. İstediğim hiçbir şeyi elde edemiyorum.

o Evet

o Hayır

8. Hiçbir şey istediğim gibi değil.

o Evet

o Hayır

9. Ölümü hak etmiş olduğumu düşünüyorum.

o Evet

o Hayır

10. İntihar girişiminde bulunacak olsam, öncesinde en az üç saat bunu düşünürdüm.

o Evet

o Hayır

11. Geçen bir yıl içinde başkalarına hayatıma son verebileceğimden bahsettim

o Evet

o Hayır

12. Zaman zaman kendimi öldürme konusunda karşı konulmaz bir istek duyarım.

o Evet

o Hayır

13. Sık sık hayatıma son verme fikri aklıma geliyor.

o Evet

o Hayır

15. Kötü bir şey yapmışım gibime geliyor.

o Evet

o Hayır

16. Her zamankinden daha yavaş düşünüyorum.

o Evet

o Hayır

17. Her zamankinden daha yavaş konuşuyorum

o Evet

o Hayır

EK-9: HAMİLTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ MEVSİMSEL DUYGUDURUM BOZUKLUĞU VERSİYONU İÇİN YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME KILAVUZU (SIGH-SAD)

8.7 Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği Mevsimsel Duygudurum Bozukluğu Versiyonu İçin Yapılandırılmış Görüşme Kılavuzu (SIGH-SAD)

GÖZDEN GEÇİRME: Geçen (hangi gün ise onu belirterek) beri, son bir hafta ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. O zamandan bu yana kendinizi nasıl hissediyordunuz?

H1	(Kendinizi iyi hissettiğiniz zamana göre) geçtiğimiz hafta içinde ruh haliniz nasıldı? Kendinizi mutsuz ya da çökkün hissediyor muydunuz? Üzgün? Ümitsiz? Çaresiz? Değersiz? Geçtiğimiz haftada, hangi sıklıkta (hastanın ifadesiyle eşdeğer) hissettiniz? Her gün? Gün boyu? Hiç ağlıyor muydunuz? Eğer 1-4 üzerinde puan almışsa, sorun: Ne zamandır böyle hissediyorsunuz?	DEPRESİF RUH HALİ (keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) 0. Yok 1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor. 2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor. 3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor. 4. YALNIZCA ÜSTÜ ÖRTÜLÜ OLARAK: sözel ya da sözel olmayan iletişimde kendiliğinden izleniyor.
H2	Eğer ayaktan hasta ise: Bu hafta (evde ya da ev dışında) çalışabildiniz mi? Eğer hayır ise: Neden çalışamadınız? Eğer çalışmaktaysa: (İyi hissettiğiniz zamandaki gibi) her zaman yapabildiğiniz miktarda iş yapabiliyor muydunuz? (İş dışında) geçtiğimiz hafta içinde zamanınızı nasıl geçiriyordunuz? (Belirttiği şeyleri) yapmaktan zevk alıyor muydunuz, yoksa yapmak için kendinizi zorluyor muydunuz? Eskiden yapıp şu anda yapmayı bıraktığınız şeyler var mı? EĞER EVET İSE: Neden? Olmasını beklediğiniz herhangi bir şey var mı?	ÇALIŞMA VE AKTİVİTELER 0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak yetersizlik duyguları ya da düşünceleri 2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da kayıtsız, kararsız ya da müteredditolmasından anlaşılıyor (işine ya da aktivitelerine kendini vermesi gerektiğini düşünüyor). 3. Aktivitelerine harcadığı süre ya da üretkenlik azalmış. Hastanede yatarken klinik işlerinin dışında her gün 3 saatten daha az zaman harcıyor. 4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermiyor ya da servis işlerini bile yardımsız yapamıyor.

A1	Geçtiğimiz hafta, kendinizi iyi hissettiğiniz zamana göre insanlarla daha az zaman geçiriyor muydunuz ya da daha az sohbet ediyor muydunuz? EĞER EVET İSE: İnsanlarla birlikte olma konusu daha mı az ilginizi çekiyor ya da gerçekten bu konuya daha mı az zaman harcıyorsunuz? Ailenizle daha mı az ilişki içindeydiniz? Ya iş yerinizdeki arkadaşlarınızla? Bu sizin için ne derece büyük bir değişikliktir? EĞER HAYIR İSE: İnsanlarla ilişki içinde olsanız bile, insanlarla ilişki içinde olmak daha az ilginizi çekiyor mu?	KENDİNİ TOPLUMDAN SOYUTLAMA 0-Her zamanki gibi başka insanlarla ilişki içindedir 1-Başka insanlarla ilişki içinde olma konusuyla çok istekli değildir ama kurmayı sürdürür 2-Sosyal (isteğe bağlı) ortamlarda başka insanlarla daha az ilişki içindedir 3-İş ya da aile ortamlarında (gerekli olduğu zaman) başka insanlarla daha az ilişki içindedir 4-İş ya da aile ortamlarında başkalarından belirgin olarak kendini soyutlar

H3	Normal durumunuza göre, geçtiğimiz hafta cinsel isteğiniz nasıldı? (Yalnızca cinsel ilişkide bulunup bulunmadığınızı değil, aynı zamanda cinselliğe olan ilginizi de soruyorum – ne ölçüde aklınıza geliyordu.) Cinselliğe olan ilginizde herhangi bir değişiklik oldu mu? (çökkün olmadığınız döneme göre)? Cinsellik aklınıza sıkça takılan bir konu mudur? Eğer hayır ise: İyi hissettiğiniz zamana göre, bu sizin için farklı bir durum mu? (Biraz daha mı az, yoksa çok daha mı az?)	GENİTAL SEMPTOMLAR (libido kaybı, adet bozuklukları vb.) 0. Yok / Anlaşılamadı 1. Hafif 2. Şiddetli
H4	Geçtiğimiz hafta içinde iştahınız nasıldı? (Normal iştahınızla kıyasladığınız zaman?) Yemek için kendinizi zorluyor muydunuz? Çevrenizdeki insanlar yemeniz için sizi zorluyorlar mıydı? (Öğün atlıyor muydunuz?) Mide ya da barsak rahatsızlığınız oluyor muydu? (Bunlar için herhangi bir şey almak zorunda kaldınız mı?	SOMATİK SEMPTOMLAR GASTROİNTESTİNAL: 0. Yok. 1. İştahsız, ancak ısrar olmaksızın yiyor. 2. Başka biri zorlamasa yemek yemiyor. Gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

H5	Çökkün ya da moralsiz hissettiğinizden beri, hiç kilo verdiniz mi? EĞER EVET İSE: Son bir hafta içinde hiç kilo verdiniz mi? (Çökkün hissettiğiniz için miydi?) Ne kadar verdiniz? Emin değilseniz: Giysilerinizin artık bol geldiğini düşünüyor musunuz?	ZAYIFLAMA (A ya da B'yi doldurunuz) A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları) 0. Kilo kaybı yok. 1. Varolan hastalığına bağlı olası zayıflama. 2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı 3. Değerlendirilemedi B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde 0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama. 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama 2. Haftada 1 kg'dan daha fazla zayıflama 3. Değerlendirilemedi Kaydedin: Eğer olanaklıysa, 3 puan vermekten kaçının.
A2	Son bir hafta içinde kilo aldınız mı? EĞER EVET İSE: Çökkün ya da mutsuz hissetmeniz yüzünden miydi? Ne kadar aldınız?	KİLO ALIMI 0-kilo alımı yok 1-varolan depresyona bağlı olası kilo alımı 2-(hastaya göre) depresyona bağlı kesin kilo alımı
A3	Geçtiğimiz hafta içinde, kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre iştahınız arttı mı? EĞER EVET İSE: Kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre, biraz fazla, oldukça fazla ya da çok daha fazla mı yemek yemek istiyordunuz?	İŞTAH ARTIŞI 0-iştahta artış yok 1-her zamankinden biraz daha fazla yemek istiyor 2-her zamankinden oldukça daha fazla yemek istiyor 3-her zamankinden çok daha fazla yemek istiyor
A4	Geçtiğimiz hafta içinde, kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre daha mı çok yemek yiyordunuz? EĞER EVET İSE: Kendinizi iyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre, biraz fazla, oldukça fazla ya da çok daha fazla mı?	YEMEDE ARTIŞ 0-her zamankinden fazla yemiyor 1-her zamankinden biraz fazla yiyor 2-her zamankinden oldukça fazla yiyor 3-her zamankinden çok daha fazla yiyor

	A5 ÖNCESİ SORULACAK SORULAR Geçtiğimiz hafta içinde, daha çok hamur işi ya da tatlı gıdaları canınız çekiyor muydu ya da yiyor muydunuz? EĞER EVET İSE: 1-Temel olarak hamur işi mi yoksa tatlı mı? Özellikle hangi gıdaları canınız çekiyordu? Liste: 2-Hamur işi ya da tatlı gıdaları daha çok yiyor muydunuz, yoksa yalnızca canınız mı çekiyordu? 3-Bu (can çekmesi ya da yeme) çoğu kez günün belli bir zamanında mı ortaya çıkıyordu? (saat .....) Değerlendirmeci: Eğer karbonhidrat aşermesi ya da yemesi yoksa, (aşağıdaki) A5 maddesine "0" puanı verin ve soruyu atlayın.	Birini ya da ikisini işaretleyin: temelde hamur işi ( ) temelde tatlı ( ) Birini ya da ikisini işaretleyin: aşerme ( ) yeme ( ) Alışılmış aşerme ya da yeme zamanı: 0-değişik zamanlarda ortaya çıkıyor 1-çoğu kez sabah 2-çoğu kez öğleden sonra ya da akşam 3-üstü örtülü olarak hemen her zaman Değerlendirmeci: Eğer hem aşerme hem de yeme var ise, yeme zamanını puanlayın. Bu puanı ölçek toplam puanı içinde saymayın.
A5	İyi ya da normal hissettiğiniz zamana göre daha fazla hamur işi ya da tatlı gıda (yiyor muydunuz / canınız çekiyor muydu), bu çok daha mı fazlaydı yoksa sizin için karşı konulamaz mıydı?	KARBONHİDRAT YEME YA DA AŞERME (yenilen ya da arzu edilen toplam gıda miktarıyla ilişkili olarak) 0-gıda seçiminde ya da tüketiminde değişiklik yok 1-eskiye göre daha fazla karbonhidrat (hamur işi ya da tatlı) aşerme ya da yeme 2-eskiye göre çok daha fazla karbonhidrat aşerme ya da yeme 3-tatlı ya da hamur işi gıdaları karşı koyulmaz biçimde aşerme ya da yeme
H6	Geçtiğimiz haftadaki uykunuz ile ilgili bazı sorular sormak istiyorum. İlk yattığınızda uykuya dalmada güçlük çekiyor muydunuz? (Yatağa hemen yattıktan sonra uykuya dalmak ne kadar sürüyordu?) Bu hafta kaç gece uykuya dalmada güçlük çektiniz?	UYKUYA DALAMAMA 0. Uykuya dalmada zorluk çekmiyor. 1. Bazen gece yattığında uyuyamadığından yakınıyor-yarım saatten fazla süreli. 2. Her gece uykuya dalma güçlüğünden yakınıyor.
H7	Geçtiğimiz hafta boyunca, gece yarısı uykudan uyanıyor muydunuz? EĞER EVET İSE: Yataktan kalkıyor muydunuz? Kalkınca ne yapıyordunuz? (Yalnızca tuvalete mi gidiyordunuz?) Yeniden yattığınızda hemen uykuya dalabiliyor muydunuz? Bazı geceler uykunuzun rahatsız ya da huzursuz olduğunu hissettiniz mi?	GECE SIK UYANMA 0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor. 2. Gece yarısı uyanıyor- yataktan kalkma (tuvalet gereksinimi hariç).

H8	Geçtiğimiz hafta sabahları en geç saat kaçta uyanıyordunuz? (Uyanma saati:.....) Eğer erken ise: Çalar saat ile mi, yoksa kendiliğinizden mi uyanıyordunuz? Normalde saat kaçta uyanırsınız (yani kendinizi iyi hissettiğiniz zaman)?	SABAH ERKEN UYANMA 0. Herhangi bir sorunu yok. 1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor. 2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

A6	Geçtiğimiz hafta her zamankinden daha mı fazla uyuyordunuz? Saat kaçta uykuya dalıyordunuz? (Uykuya dalma saati:.....) Gündüz şekerlemesi yapıyor muydunuz? (Günde kaç kez:.....) Hafta sonu uyku süreniz değişiklik gösteriyor muydu? Yani geçtiğimiz hafta boyunca günde toplam .... saat uyudunuz? (onaylatın.) Kendinizi iyi hissederken normalde kaç saat uyursunuz?	AŞIRI UYKU (Hipomanik uyku miktarıyla değil, ötimik zamandaki uyku miktarı ile karşılaştırın. Eğer bunu sağlayamazsanız, uykuyu 8 saat değerlendirin): 0-uyku miktarında artış yok 1-uyku miktarında en az 1 saatlik artış 2-2 saat üzeri artış 3- 3 saat üzeri artış 4- 4 saat üzeri artış Temel alınan uyku süresi (birini işaretleyin) Ötimik (.....)8 saat
	Değerlendirmeci: H8 ve A6 maddelerinin yanıtlarını da göz önünde bulundurun. Geçtiğimiz hafta, sabahları uyanmakta ne kadar güçlük çekiyordunuz? Çalar saatle mi uyanmak zorunda kalıyordunuz? Tamamen kendinize gelmek ne kadar zamanınızı alıyordu? (Uyandığınızda kendinizi zinde mi yoksa uykulu mu hissediyordunuz? Yataktan kalkmakta ne kadar güçlük çekiyordunuz? Çalar saati boş verip yeniden uyuyor muydunuz? Peki ya hafta sonları nasıldı?	UYANMADA GÜÇLÜK (hafta sonları dahil) 0-güçlük yok 1-istenen zamanda uyanmak için çalar saate gerek duyar. 30 dakika içinde tamamen uyanır 2-çalar saatten en az 30 dakika sonra hala kendini uykulu hisseder 3-yataktan kalkmak büyük çaba gerektirir, çalar saatten en az 3 saat sonra hala uykulu hisseder 4-çalar saatten sonra çoğunlukla uykuya dalar, en az 5 saat sonra hala uykulu hisseder. Çalar saat zamanı:..... (24 saatlik kadranda) Değerlendirmeci: Bu puanı ölçek toplam puanı içinde saymayın.
H9	Geçtiğimiz hafta, gücünüz-kuvvetiniz nasıldı? EĞER ENERJİ EKSİKLİĞİ VARSA: Kendinizi yorgun hissediyor muydunuz? (Zamanın ne kadarında? Ne denli kötü bir durumdu?) Bu hafta herhangi bir ağrı ya da sızınız var mıydı? (Ya bel ağrısı, baş ağrısı ya da kas ağrıları?) Kol ve bacaklarınızda, belinizde ya da başınızda ağırlık hissediyor muydunuz?	SOMATİK SEMPTOMLAR GENEL: 0. Yok. 1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma. 2. Herhangi bir kesin şikayet

A7	ÖNCEKİ MADDEDE EĞER YORGUN OLDUĞUNU İFADE EDİYORSA: Zamanın ne kadarında kendinizi yorgun hissediyordunuz? (Her gün mü? Her gün günün ne kadarında?) Çok yorgun mu, yoksa yalnızca biraz mı?	KOLAY YORULMA (ya da enerji eksikliği, ya da ağırlık hissi, külçe gibi olma): 0-her zamankinden daha yorgun hissetmez 1-her zamankinden daha yorgun hisseder ama işlevselliğini belirgin olarak bozmaz; madde 2'den daha seyrek 2-her zamankinden daha yorgun hisseder; günde en az bir saat; haftada en az üç gün 3-çoğu gün günün çoğu zamanı yorgun hisseder 4-hemen her zaman yorgun hisseder

H10	Geçtiğimiz hafta bazı şeyleri yanlış yaptığınızı ya da başka insanları hayal kırıklığına uğrattığınızı hissederek kendinizi eleştiriyor muydunuz? EĞER EVET İSE: Düşünceleriniz neydi? Yaptığınız ya da yapamadığınız herhangi bir şey konusunda suçluluk hissediyor musunuz? Ya çok uzun zaman önce olmuş şeyler konusunda? (BU DEPRESYONU) bir biçimde kendi başınıza kendinizin getirdiğinizi düşünüyor musunuz? Hastalanmanızın size cezalandırma olduğunu hissediyor musunuz?	SUÇLULUK DUYGULARI 0. Yok 1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor. 2. Geçmişteki hatalarından ya da günahlarından dolayı suçluluk düşünceleri ya da düşünce uğraşları. 3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk sanrıları. 4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel varsanılar görüyor.
H11	Geçtiğimiz hafta hayatın yaşamaya değer olmadığına dair düşünceleriniz oldu mu? EĞER EVET İSE: Peki ya keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler? Kendinize zarar verme ya da öldürme düşünceleri oldu mu? EĞER EVET İSE: Neler düşündünüz? Gerçekten kendinize zarar verecek bir şey yaptınız mı?	İNTİHAR 0. Yok. 1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor. 2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor. 3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor. 4. İntihar girişiminde bulunmuş.
H12	Geçtiğimiz hafta kendinizi özellikle gergin ya da sinirli hissediyor muydunuz? EĞER EVET İSE: Peki bu, çökkün ya da üzgün olmadığınız zamankinden daha mı fazla? Alışık olmadık biçimde kavgacı ya da sabırsız mıydınız? Normalde kaygılanmayacağınız önemsiz küçük şeyler için çok fazla kaygılandığınız oldu mu? EĞER EVET İSE: Örneğin ne gibi?	RUHSAL ANKSİYETE 0. Herhangi bir sorun yok. 1. Subjektif gerilim ve irritabilite. 2. Küçük şeylere üzülüyor. 3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor. 4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

H13	Geçtiğimiz hafta, bazen ruhsal endişeyle birlikte görülen okuyacağım bedensel belirtilerden herhangi biri var mıydı? Ben size listeyi yavaş okuyacağım - eğer belirtilerden biri varsa, lütfen kesip belirtin. (VAROLAN BELİRTİLERİ SAĞ TARAFTA DAİRE İÇİNE ALIN.) ağız kuruluğu, hazımsızlık, gaz, ishal, mide krampı, geğirme, çarpıntı, başağrısı, soluk soluğa kalma, yüksek sesle iç çekme, sık idrara çıkma, terleme Bunlar yalnızca kendinizi çökkün ya da mutsuz hissetmekteyken mi ortaya çıkıyordu? EĞER EVET İSE: Geçtiğimiz hafta bunlar sizi ne ölçüde rahatsız etti? (Ne ölçüde rahatsızlık yarattı? Bunlar zamanın ne kadarında ya da ne sıklıkta vardı?) Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı ya da bu belirtilere yol açabilecek herhangi bir ilaç alıyor musunuz? (EĞER EVET İSE: Bedensel hastalığı ya da ilacı kaydedin, ama her durumda belirtileri puanlayın: ..... .)	SOMATİK ANKSİYETE (anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar: Gastrointestinal - Ağız kuruluğu, hazımsızlık, gaz, ishal, mide krampı, geğirme Kardiyovasküler - Çarpıntı, baş ağrısı Solunumla ilgili - hiperventilasyon, iç çekme Sık idrara çıkma Terleme) 0. Yok. 1. Hafif 2. Ilımlı 3. Şiddetli 4. Aşırı şiddetli

H14	Geçtiğimiz hafta, düşünceleriniz ne ölçüde beden sağlığınıza ya da bedeninizin nasıl çalıştığına odaklanıyordu (normal düşüncelerinizle kıyaslayınca)? (Hasta olmaktan ya da hastalanmaktan çok evhamlanıyor muydunuz? Gerçekten bununla meşgul oluyor muydunuz?) Geçtiğimiz hafta, bedensel olarak kendinizi nasıl hissettiğiniz konusunda çok yakınır mıydınız? Gerçekten kendinizin yapabileceği şeyler konusunda başkalarından yardım ister misiniz? EĞER EVET İSE: Örneğin ne gibi? Ne sıklıkta oldu?	HİPOKONDRİYAZİS 0. Yok. 1. Kuruntulu (sağlığı konusunda) 2. Aklını sağlık konularına takmış durumda. 3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor. 4. Hipokondriyak sanrılar
H15	Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın.	İÇGÖRÜ 0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde ya da depresyonda değil. 1. Hastalığını biliyor ama bunu kötü yiyeceklere, aşırı çalışmaya, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor. 2. Hasta olduğunu hiç kabul etmiyor.

H16	Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın. EĞER TELEFON GÖRÜŞMESİ İSE: Konuşmanızın ya da bedensel hareketlerinizin ağırlaştığını hissediyor musunuz? Hiç sizde bu durumu fark edip belirten oldu mu?	RETARDASYON (düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma) 0. Düşünceleri ve konuşması normal. 1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor. 2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor. 3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor 4. Tam stuporda.
H17	Görüşme sırasındaki gözleminize dayanarak puanlayın. EĞER TELEFON GÖRÜŞMESİ İSE: Konuştuğumuz gibi, kıpır kıpır hareket halinde ya da oturduğunuz yerde oturamaz durumda mısınız? Örneğin ellerinizle oynamak, saçınızı çekiştirmek ya da ayağınızı vurmak gibi şeyler yapıyor musunuz? Huzursuz olduğunuzu başkaları da fark ediyor mu?	AJİTASYON 0. Yok. 1. Kıpır kıpır olma 2. Elleriyle oynama, saçını çekiştirme vb. 3. Hareket etme, sakin biçimde oturamama 4. Elini ovuşturma, tırnak yeme, saçını yolma, dudaklarını ısırma.
	17 Maddeli Hamilton Depresyon Ölçeği Toplam Puanı (işaretli maddeler dışında):	.....
	Geçtiğimiz hafta boyunca, uyandıktan sonraki ilk saatlerde, akşam yeniden yatmazdan önceki zamana göre kendinizi daha iyi mi, daha kötü mü, yoksa aynı mı hissediyordunuz?	GÜN İÇİ DEĞİŞKENLİK TİP A: A. Belirtilerin uyandıktan sonra mı yoksa yatmadan önce mi daha kötü olduğunu kaydedin. Eğer gün içi değişkenlik yoksa, yok diye işaretleyin: 0-değişkenlik yok ya da şu anda depresyonda değil 1-uyandıktan sonra daha kötü 2-yatmadan önce daha kötü Değerlendirmeci: Bu puanı ölçek toplam puanı içinde saymayın.

H18	EĞER DEĞİŞKENLİK VAR İSE: (SABAH YA DA AKŞAM) kendinizi ne kadar daha kötü hissediyorsunuz? EĞER EMİN DEĞİLSENİZ: Biraz daha kötü ya da çok daha kötü?	B. Var ise: değişkenliğin şiddetini kaydedin: 0-yok 1-hafif 2-şiddetli