·案例讨论·

森田疗法治疗厌声症 1 例

所鑫宇[1],王丽君[2],王培培[2],张伟鑫[1],张耀中[1],赵约翰[2*]
(1. 山东第二医科大学临床医学院,山东 潍坊 261042;
2. 潍坊市人民医院,山东 潍坊 261044
*通信作者:赵约翰,E-mail:zhaoyuehan1203@163.com)

【摘要】 厌声症是一种精神生理和行为障碍,其主要特征是个体对特定声音的低耐受性,引发强烈的负性情绪体验和生理反应。目前国内外对厌声症尚未形成统一有效的治疗方法。本文报道一例18岁男性厌声症患者,在接受舍曲林联合暴露反应阻止疗法治疗,效果不佳后,接受为期8周、每周1次、每次50 min的森田疗法治疗,患者症状较前改善。通过对该病例进行报道,探讨森田疗法治疗厌声症的效果,以期为厌声症的临床治疗提供参考。

【关键词】 厌声症;森田疗法;治疗

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

微信扫描二维码
听独家语音释文
与作者在线交流

中图分类号:R749 文献标识码:A doi:10.11886/scjsws20241115002

Morita therapy for misophonia: a case report

Suo Xinyu[1], *Wang Lijun*[2], *Wang Peipei*[2], *Zhang Weixin*[1], *Zhang Yaozhong*[1], *Zhao Yuehan*[2*]
(1. *School of Clinical Medicine*, *Shandong Second Medical University*, *Weifang* 261042, *China*;
2. *Weifang People's Hospital*, *Weifang* 261044, *China*
**Corresponding author: Zhao Yuehan*, *E-mail*: *zhaoyuehan*1203@163.*com*)

【Abstract】 Misophonia is a psychophysiological and behavioral disorder characterized by an individual's low tolerance to specific sounds, leading to intense negative emotional experiences and physiological responses. Currently, there is no standardized and universally effective treatment for misophonia in clinical practice worldwide. This article reports the case of an 18-year-old male patient with misophonia who showed poor response to sertraline combined with exposure and response prevention therapy. Subsequently, the patient received 8 weeks of Morita therapy (once a week, 50 minutes per session), with symptomatic improvement. By presenting this case, we explore the potential efficacy of Morita therapy in treating misophonia, aiming to provide a reference for its clinical management. [Funded by Scientific Research Development Fund Project of Shandong Second Medical University (number, 2024FYM034)]

【Keywords】 Misophonia; Morita therapy; Treatment

厌声症是一种未被权威指南诊断和归类的精神障碍,以对特定触发的听觉刺激产生厌恶、愤怒等异常强烈的情绪及行为反应为主要临床表现,目前尚无标准化的治疗方案。森田疗法强调“顺其自然、为所当为”,该疗法认为,个体对症状的过度关注、抵抗以及回避会加剧症状,通过接纳症状并专注于现实生活的行动,有助于症状改善。森田疗法已被广泛应用于强迫障碍、焦虑障碍等疾病的治疗。目前,国内外关于森田疗法治疗厌声症的研究有限。本文报道了1例在接受舍曲林联合暴露反应阻止疗法治疗后效果不佳,使用森田疗法治疗症状改善的厌声症患者,以期为厌声症的临床治疗提供参考。

1 病 例

男性,18岁,高三学生,性格内向,因“对声音及眼前运动物体敏感2年余”来院就诊。患者在校期间争强好胜,不善于交际,敏感、固执,常与周围同学产生矛盾。症状始发于高一,发现同学说话声影响自己学习,告诫对方无效,开始讨厌对方,后担心万一自己学习时对方故意干扰,而开始关注对方一举一动。起初只反感对方上自习说话声,后逐渐对其咳嗽声、吸鼻涕声、写字声(笔尖划纸的声音)、圆

基金项目:山东第二医科大学科研发展基金项目(项目名称:厌声症临床特征、抑制控制及团体治疗的研究、项目编号:2024FYM034)

珠笔嘎哒声也异常敏感，对方抖腿或在自己眼前走来走去都会导致自己无法集中注意力听讲，便主动找老师调整座位。其后症状泛化，对周围其他同学发出的声音也感到不适，明知没必要但控制不住，越想集中注意力越分神。高二时症状加重，无法坚持上课，休学后患者于家中安静环境下可以学习，但学习效率低，会被家中父母等人发出的声音干扰，特别是在专注做一件事时，对声音的耐受性明显下降，易出现厌烦、愤怒等负性情绪，但更多的是担心、害怕，声音或动作停止时担心什么时候会再出现，同时会出现心慌、胸口和腹部发紧等生理反应。患者曾尝试戴耳塞，但阻断不了声音；戴耳机听音乐，但会被音乐声干扰。患者曾尝试通过戴帽子遮挡、低头等方式避免别人抖腿、晃动等动作干扰，但无效。在家时会关上房门和窗户独处，家人也会尽量避免发出声音或在患者面前走动、抖腿等。患者休学在家1年余，期间极少出门，勉强参加高考，自诉考试时因对写字声音敏感及监考老师在旁边走来走去严重影响发挥。

既往体健，否认躯体疾病史，否认家族史，精神检查：预期性焦虑、注意狭窄、回避行为、未引出幻觉妄想，自知力存在。辅助检查：颅脑磁共振成像、脑电图、血常规、甲状腺功能五项、肝功、肾功、电解质、血糖等指标未见明显异常，纯音测听+耳鸣测试正常。阿姆斯特丹厌声症量表（Amsterdam Misophonia Scale，A-MISO-S）评分为20分，极重度。症状自评量表（Symptom Checklist-90，SCL-90）评分：躯体化2.35分、强迫2.80分、人际关系敏感3.67分、抑郁3.49分、焦虑3.20分、敌对2.67分、恐惧3.33分、偏执2.04分、精神病性2.00分、其他2.29分。根据Jager等[1]建议修订后的厌声症诊断标准（2020年），诊断为厌声症。鉴别诊断：重点与特定恐惧症相鉴别。厌声症患者的触发刺激多为生活化的声音，如咳嗽声、脚步声、虫鸣鸟叫声等，而特定恐惧刺激声音源多为巨大、突发的声音刺激，如雷声、爆鸣声等。厌声症患者情绪反应除恐惧外，厌恶、烦躁、愤怒等情绪反应也较为多见，应对方式除与特定恐惧相似的回避反应外，也存在失控和对触发刺激对象的潜在攻击性行为。

既往研究显示，舍曲林联合暴露反应阻止疗法对厌声症有效[2-3]，遂采取该联合治疗方案，舍曲林起始剂量50 mg qd，每周增加50 mg，加至治疗量200 mg qd。在暴露反应阻止疗法中，根据患者对声音厌恶程度制定干预方案，逐级暴露。因出现药物副作用，在2周后中断药物治疗。在进行暴露反应阻止疗法治疗时，患者无法耐受刺激源暴露，出现强烈阻抗，无法有效开展。故对患者进行为期8周、每周1次、每次50 min的森田疗法治疗。具体治疗阶段如下。

第一阶段，包括1次治疗。详细询问患者对声音的敏感体验，包括触发情境、情绪反应及困扰程度，重点了解患者的内心冲突和排斥感。与患者建立信任关系，降低患者的防御心理，传递“症状是正常的心理现象”的信息，避免患者陷入自我批判。强调患者是将正常的环境刺激视为异常现象，从而试图排斥和控制，但越是排斥，越会增加对声音的注意力，导致“越排斥、越敏感”的恶性循环。帮助患者辨别正常声音与异常反应，指出注意力过度集中在声音上，是因为错误的“内在排斥”和“自我监控”，而非声音本身具有特殊的性质。

第二阶段，包括5次治疗。引导患者从认知转向行动，尝试在真实情境中面对声音刺激，逐步改变“排斥-回避-强化”的恶性循环，培养“顺其自然、为所当为”的观念。顺其自然：接纳不适感，承认症状的存在，不急于消除症状。为所当为：专注于现实生活中的必要行动，而非被症状牵制。在安全、可控的环境中，安排患者逐步接触声音触发情境，暴露过程中，允许患者出现不适感，引导其避免采取消极的应对方式。指导患者将注意力从“声音刺激”转移到当前的学习或工作任务中。让患者理解接纳不适感的过程可能会暂时降低学习或工作效率，但这是正常的适应过程。给患者提供具体的应对技巧，如腹式呼吸、注意力转移、积极行为激活等，帮助患者稳定情绪。鼓励患者用平常心面对这些变化，逐渐培养与“声音共存”，在声音背景下学习、生活、社交。布置家庭作业，践行森田理论，要求患者记录每日的触发情境、不适感程度、应对策略及情绪变化。在每次治疗会谈中，分析患者的进步与困难，及时调节与疏导。

第三阶段，包括2次治疗。帮助患者深刻领悟森田疗法的核心理念，强化患者对症状的接纳态度，减少“排斥对立”的想法，避免症状反复。总结前两个阶段的实践体验，纠正对“完全治愈”的误解，引导患者接受“症状可能会复发”的事实，但这种复发并不意味着病情恶化，而是正常的病情波动。强调森田疗法的核心目标是恢复对日常生活的专注与行动力，而不是消除所有症状。鼓励患者将注意力从“症状管理”转向“生活目标实现”。强

调以行动为导向的生活态度，通过面对现实的挑战，减少对症状的关注。

经过8周治疗后，患者SCL-90各因子评分：躯体化1.30分、强迫1.60分、人际关系敏感2.47分、抑郁2.08分、焦虑2.00分、敌对1.60分、恐惧2.10分、偏执1.00分、精神病性1.00分、其他1.10分，各因子评分均较治疗前降低。A-MISO-S评分为9分，厌声症严重程度从重度减为轻度。

2 讨 论

厌声症由听力学家Jastreboff等[4]提出，并将其解释为“对声音的厌恶”。不同于对强烈噪音的厌恶，厌声症患者会对特定模式或意义的声音产生异常强烈的情绪反应，这些声音被称为“触发刺激”，常见的触发刺激包括咀嚼声、呼吸声、打鼾声、清嗓声等。触发刺激可以是来自人类口腔的声音或重复性的声音，也可以是动物或机器发出的声音，甚至与声音相关的视觉刺激也会引起厌声反应。触发刺激会引发患者的厌恶、愤怒、恐惧等情绪反应，面对触发刺激时，患者往往会选择回避刺激声音或遮盖声音，甚至对制造触发刺激的对象进行言语对抗和身体攻击等。

厌声症通常发生在儿童和青少年时期，研究指出，厌声症的平均发病年龄为12.61岁，80%的患者在15岁之前出现厌声症状[5]。Zhou等[6]研究结果显示，中国大学生群体厌声症的发病率约为6%。厌声症发病机制包括遗传易感性、神经生物学机制及条件反射机制等假说[7]。

最初，听力学家认为厌声症是对声音的耐受力下降。Schröder等[8]提出，可将厌声症归为强迫谱系障碍。赵约翰[9]的研究结果显示，厌声症患者存在对特定声音的过分关注与排斥，有明显的强迫与反强迫特征，是强迫症的一个特殊亚型。

目前，对厌声症的治疗尚无成熟的一线治疗手段，药物治疗、心理治疗和听力治疗是厌声症的三大主要治疗方法[7]。既往研究显示，氟西汀、舍曲林、利培酮、β受体阻滞剂、苯二氮䓬类药物可减轻厌声症的临床症状[3,10-12]。有研究表明，基于暴露的认知行为疗法对50%的厌声症有效[13]。但本病例在接受舍曲林联合暴露反应阻止疗法的过程中，出现了对舍曲林副作用的不耐受，同时对暴露反应阻止疗法具有强烈的阻抗。进一步分析患者的性格特点发现，患者具有敏感、追求完美、过度内省、执着等典型特征，并表现出对生的欲望（如渴望学业优秀、必须全神贯注于学习任务）与对死的恐惧（如害怕学不好、被他人轻视，认为学习过程中绝不能受到外界干扰）过分强烈。患者难以接纳自身的不完美，倾向于以“对与错”“应该与不应该”的标准去评判自然现象及主观感受和情绪变化。这种二元化的认知模式导致其内心产生矛盾，认为“必须如此”“不该如此”，进而引发精神拮抗，将正常的视觉和听觉现象视为异常，并主观上极力回避和排斥。患者对听觉和视觉刺激高度敏感，注意力过于狭窄，表现为对特定的感知对象和现象产生固化的注意模式。在此过程中，患者的感觉与注意结合，注意力越集中，症状体验越强烈，最终形成“内在束缚”，使症状逐步固化加重[14]。综合患者的性格特点及厌声症的形成机制，患者的症状表现符合森田神经质人格的特征。故制定以森田疗法为核心的个性化治疗方案，旨在引导患者逐步放弃对自然现象的抗拒，通过接纳不完美和顺其自然的心态实现症状缓解和功能恢复。在治疗过程中，秉持森田疗法“顺其自然、为所当为”的核心理念，引导患者认识到自身所体验的听觉刺激和感觉均属于正常生理反应，这些现象无法通过主观意志消除或改变。治疗中，强调接纳“声音”，学会与“声音”和平共处，逐步引导患者减少回避行为，转移注意力，将专注力投入到日常生活和学习中，以“不把症状当作问题”的态度，带着症状去生活。同时，鼓励患者主动扩大与外界的接触，丰富日常生活体验，逐步摆脱封闭和内省的心理模式。为增强治疗效果，制定个性化的目标和计划，安排患者每日家庭作业，包括记录症状体验、完成接纳练习以及实践生活目标等。经过为期8周的治疗，患者通过讲解、实践、领悟和修通的过程，逐步改变了对声音刺激的认知和情绪反应。患者的厌声症状明显缓解，回避行为减少，生活和学习状态趋于平稳，整体心理功能改善。

本例患者为一名18岁男性严重厌声症患者，接受舍曲林联合暴露反应阻止疗法治疗后效果不佳，通过森田疗法的系统干预，患者厌声症状明显减轻，认知模式改变、情绪改善，回避行为减少，生活和学习功能逐步恢复。森田疗法通过引导患者接纳症状、专注于当下行动，有助于改善患者的回避行为和负性认知，从而实现功能恢复。

参考文献

[1] Jager I, de Koning P, Bost T, et al. Misophonia: phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample

[J]. PLoS One, 2020, 15(4): e0231390.

[2] Roushani K, Mehrabizadeh Honarmand M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anger in female students with misophonia: a single-case study[J]. Iran J Med Sci, 2021, 46(1): 61-67.

[3] Zuschlag ZD, Leventhal KC. Rapid and sustained resolution of misophonia-type hyperacusis with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline [J]. Prim Care Companion CNS Disord, 2021, 23(3): 20102731.

[4] Jastreboff MM, Jastreboff PJ. Component of decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, phonophobia [J]. ITHS News Lett, 2001, 2(5-7): 1-5

[5] Claiborn JM, Dozier TH, Hart SL, et al. self-identified misophonia phenomenology, impact, and clinical correlates[J]. Psychological Thought, 2020, 13(2): 349-375.

[6] Zhou X, Wu M, Storch EA. Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates[J]. J Obsess-Compuls Rel, 2017, 14: 7-12.

[7] 王克寒, 赵约翰. 厌声症的基础与临床研究进展[J]. 中华精神科杂志, 2024, 57(7): 455-460.
Wang KH, Zhao YH. Advances in basic and clinical research on misophonia[J]. Chinese Journal of Psychiatry, 2024, 57(7): 455-460.

[8] Schröder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: diagnostic criteria for a new psychiatric disorder[J]. PLoS One, 2013, 8(1): e54706.

[9] 赵约翰. 声音厌恶患者一例[J]. 中华精神科杂志, 2016, 49(5): 347-348.
Zhao YH. A case of misophonia [J]. Chinese Journal of Psychiatry, 2016, 49(5): 347-348.

[10] Sarigedik E, Yurteri N. Misophonia successfully treated of with fluoxetine: a case report[J]. Clin Neuropharmacol, 2021, 44(5): 191-192.

[11] Webb J. β-blockers for the treatment of misophonia and misokinesia[J]. Clin Neuropharmacol, 2022, 45(1): 13-14.

[12] Pan EJ, Weleff J, Anand A, et al. Treatment of misophonia with risperidone in a patient with autism spectrum disorder[J]. Case Rep Psychiatry, 2022, 2022: 3169834.

[13] Jager IJ, Vulink NCC, Bergfeld IO, et al. Cognitive behavioral therapy for misophonia: a randomized clinical trial[J]. Depress Anxiety, 2020, 38(7): 708-718.

[14] 李江波, 王祖承, 崔玉华, 等. 森田疗法门诊操作规则的专家意见[J]. 中国心理卫生杂志, 2024, 38(1): 68-72.
Li JB, Wang ZC, Cui YH, et al. Expert opinions on operation rules of Morita therapy outpatient service [J]. Chinese Mental Health Journal, 2024, 38(1): 68-72.

(收稿日期:2024-11-15)
(本文编辑:万秋容)