



La misophonie ou l'aversion pour le bruit: à propos d'un cas clinique

Rev Med Suisse 2015; 11: 466-9

**C.-R. Jacot
T. Eric
O. Sentissi**

Drs Claude-René Jacot, Tanja Eric
et Othman Sentissi
Service de psychiatrie générale
Département de santé mentale
et de psychiatrie
HUG, Cappi Jonction
Rue des Bains 35, 1205 Genève
o.sentissi@hcuge.ch

Misophonia or aversion to human sound: a clinical illustration

Misophonia, meaning hatred of sound, is a cluster of symptoms which is not completely included in anxiety disorders category as obsessive compulsive or as an impulsivity disorder. It is described as a chronic condition characterized by reactions, aversion to specific sounds that result in subsequent emotional. Indeed, this condition is relatively unknown and few psychiatrists have already faced this disorder causing in some individuals severe impairment.

The investigation of a patient suffering of misophonia with severe impairment that we took into care in an outpatient psychiatric clinic in Geneva contributes to a better understanding of this condition and indicates potential factors that may co-occur and influence the clinical presentation. The good response in psychotherapy, has led us to carry out a brief review of the literature in order to better define and identify this disorder.

La misophonie est un trouble psychique caractérisé par une aversion à certains sons produits par un autre individu. Malgré la chronicité de cet état et le dysfonctionnement induit, la misophonie est à ce jour peu connue des professionnels de santé mentale et n'est pas répertoriée dans les classifications internationales. En effet, nous n'avons retrouvé que peu d'éléments significatifs dans la littérature scientifique concernant l'éthiopathogénie, la prévalence et les critères sociodémographiques de ce trouble, et la recherche dans ce domaine est loin d'être exhaustive.

Une prise en soins adaptée d'une patiente souffrant de misophonie au sein d'un centre de consultation à Genève nous a conduits à explorer cette affection afin de mieux la circonscrire et de mieux comprendre sa sémiologie et ses répercussions.

INTRODUCTION

La misophonie est décrite comme étant un état chronique caractérisé par une aversion à certains sons produits par un autre individu, tels que les bruits gutturaux, nasaux ou buccaux (mâchement de gomme, claquement des lèvres), le clic du stylo, ou le tapotement des doigts sur la table ou sur un clavier.¹⁻³

Ce trouble est à distinguer des acouphènes (origine auditive ou neurologique) ou de la phonophobie qui est une crainte d'entendre due à une sensation auditive insupportable, produite par les sons environnants. L'incidence de ce trouble dans la population générale n'est pas connue,⁴ avec une estimation de 10% chez les personnes souffrant d'acouphènes.⁴⁻⁶ Dans la littérature, nous avons retrouvé la présence de cette symptomatologie sans distinction de genre ni d'âge. En effet, plusieurs études de cas cliniques rapportent des associations à des comorbidités telles que le syndrome de Tourette et un TOC (trouble obsessionnel compulsif) chez un enfant de 10 ans,⁷ un trouble anxieux ou dépressif chez les adultes,⁵ ou bien des troubles des conduites alimentaires.⁸

Les sons impliqués dans la misophonie ont le point commun d'être répétitifs, provoquant une réaction aversive immédiate avec une anxiété, une colère et un sentiment de dégoût important, accompagnés d'une envie impulsive de faire cesser ce bruit de manière immédiate afin de soulager ses symptômes.² De plus, la majorité des sujets souffrant de misophonie relatent que les bruits émanant d'enfants ou d'animaux ne sont pas inconfortables, et que les individus sources des bruits aversifs sont ainsi des adultes dans la totalité des cas. Il est à noter que près de 55% des personnes atteintes ont rapporté des cas similaires au sein de leur famille, amenant l'hypothèse d'une cause génétique à ce trouble.³

Plusieurs études^{2,9} ont constaté que les types de sons les plus fréquemment pourvoyeurs de réactions aversives chez les patients atteints de cette affection sont les bruits de gorge ou de mastication émanant d'un autre individu, souvent un proche. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont ainsi une irritabilité importante et un sentiment de dégoût qui se transforment rapidement en un sentiment de colère. Il est également mis en évidence un sentiment de perte de contrôle, pouvant provoquer chez le sujet un sentiment d'impuissance face à



la stimulation, aboutissant dans des cas plus rares à une agressivité verbale, voire physique. Les sujets en souffrance mettent souvent en place des stratégies d'évitement.³ Ils ont ainsi tendance à éviter certaines situations qui pourraient les exposer aux stimuli, ou utilisent plusieurs alternatives visant à contrecarrer les sons aversifs, se servant de boules Quies, écoutant de la musique ou se parlant à eux-mêmes pour se détendre. Le degré de dysfonctionnement varie d'un sujet à l'autre, mais le point commun est le sentiment de honte ressenti par les personnes souffrant de misophonie.³

À l'instar des phobies sociales, le sujet souffrant de misophonie peut recourir à des stratégies d'évitement, pouvant perturber sévèrement son fonctionnement social, professionnel et familial. Une symptomatologie commune avec d'autres pathologies psychiatriques telles que l'anxiété dans le TOC ou la réaction aversive à certains stimuli dans le syndrome de stress post-traumatique (PTSD),¹ fait de la misophonie un trouble qui pourrait bientôt être considéré comme une pathologie à part entière dans les classifications des troubles psychiatriques. Certains auteurs^{5,10} préconisent que la misophonie peut être considérée comme un ensemble de symptômes faisant partie du TOC, ou de l'anxiété généralisée ou du trouble de la personnalité schizotypique,¹⁰ tout en admettant la nécessité d'étayer ces affirmations par des études. D'autres auteurs proposent que la misophonie soit classifiée en tant que discret trouble psychiatrique qui ferait partie du spectre des TOC, et que sa catégorisation dans la nosologie psychiatrique serait à même de permettre de reconnaître la souffrance des personnes atteintes, informer les thérapeutes et encourager la recherche sur ce sujet.^{1,5} Il a été rapporté que l'aversion aux sons peut évoluer vers une aversion visuelle, par exemple une intolérance aux mouvements de lèvres.⁹

En 2009, une étude princeps concernant 50 patients présentant des symptômes évocateurs d'une misophonie, réalisée à Amsterdam,¹ a permis d'affiner les critères diagnostiques en utilisant notamment une échelle d'évaluation spécifique à la misophonie, nommée *Amsterdam Misophonia Scale*, qui est une version adaptée du *Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)*, échelle utilisée pour mesurer la sévérité des TOC). L'A-MISO-S permet de mesurer la sévérité et l'impact du trouble sur le fonctionnement à travers six items. Les patients ont été questionnés sur: 1) la date d'apparition de leur trouble; 2) le degré de dysfonctionnement social lié à celui-ci; 3) le degré de colère ressentie; 4) la résistance contre l'impulsion; 5) le contrôle sur leurs pensées et leur colère et 6) le temps passé à éviter des situations en lien avec leur trouble. Les scores de 0-4 sont considérés comme non significatifs de misophonie, 5-9 misophonie légère, 10-14 modérée, 15-19 sévère et 20-24 extrême.

Le mécanisme étiopathogénique de la misophonie est peu clair et un nombre insuffisant d'études ont été menées à ce jour concernant les hypothèses neurobiologiques, certains auteurs ayant émis celle d'une diminution de la réponse aux potentiels auditifs N1 chez des patients souffrant de misophonie.¹¹ Cette diminution de la réponse fait évoquer un déficit neurobiologique chez ces patients et pourrait traduire un handicap de la transmission auditive.

D'autres auteurs ont suggéré une augmentation des connexions neuronales entre des régions du cortex auditif et des structures limbiques, qui pourrait être à l'origine d'une synesthésie entre le son et l'émotion ressentie.³ Par ailleurs, la proximité entre la misophonie et les TOC n'est pas seulement clinique mais ces deux troubles pourraient partager les mêmes circuits neuronaux avec une mauvaise régulation de certains neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la dopamine dans le système limbique et le ganglion basal.¹²

Les études concernant ce trouble étant encore à leurs balbutiements, il nous a paru intéressant de rapporter, pour la première fois dans un article en français, un cas de misophonie que nous avons pris en charge dans un centre de la consultation psychiatrique du secteur Jonction à Genève, et d'en exposer l'évolution après une prise en charge psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental.

VIGNETTE CLINIQUE

Il s'agit de Madame A., âgée de 50 ans, d'origine argentine, en Suisse depuis de nombreuses années. Elle est mariée à un compatriote et a une fille de dix ans. Elle travaille dans l'animation scolaire. La patiente n'a aucun antécédent psychiatrique et n'a jamais consulté de thérapeute auparavant. Elle nous est adressée par son médecin traitant en raison d'un problème d'intolérance à certains bruits, devenue de plus en plus importante les semaines précédentes et provoquant des difficultés au sein de sa sphère familiale.

Statut mental

M^{me} A. a des capacités intellectuelles dans les normes. Sur le plan thymique et affectif, elle est calme, sans symptomatologie physique ou psychique d'anxiété patente pendant l'entretien et rapporte parfois de la tristesse et de la honte, notamment en évoquant ses difficultés actuelles familiales. Elle ne présente pas d'anhédonie franche. Nous notons la présence de bonnes capacités d'introspection. Le discours est cohérent dans son ensemble, informatif et spontané, sans altération de la forme et du cours de la pensée. Nous ne mettons pas en évidence de trouble de la conscience, de l'orientation dans le temps, dans l'espace, ni concernant sa situation ou sa personne.

M^{me} A. met en avant son intolérance à certains sons, elle nous rapporte ne plus supporter les bruits de mastication produits par son mari lorsqu'ils sont à table, ressentant un sentiment de dégoût important, une irritabilité et un sentiment de colère à son égard. De même, elle présente la même symptomatologie face à des individus mâchant du chewing-gum dans les transports publics, finissant par descendre du véhicule pour retrouver son calme. Par contre, elle ne se sent pas indisposée sur son lieu de travail, étant pourtant avec les enfants lorsqu'ils mangent leur repas de midi, de même qu'avec sa fille lorsque celle-ci partage le repas familial. La patiente se dit atteinte de ce trouble depuis son enfance, mais peut exprimer que ses difficultés se sont péjorées depuis plusieurs mois, dans le cadre d'une remise en question de son couple et du décès d'un parent



proche au sein de sa famille. Elle exprime un sentiment d'incompréhension et de honte face à sa situation, se disant en perte de repères face à l'intensification de la fréquence des symptômes, l'obligeant à recourir de plus en plus à des stratégies d'évitement.

Il n'y a pas d'idées noires ni la présence d'éléments de la lignée psychotique.

Du point de vue de la personnalité de M^{me} A., nous retrouvons une structure assez stable avec des mécanismes de défense peu variables, un bon fonctionnement psychique et nous ne constatons pas de déviation significative et durable des pensées et des perceptions avec des performances sociales et relationnelles préservées.

ÉVALUATIONS PSYCHOMÉTRIQUES

Nous avons effectué une série d'entretiens et d'échelles, à commencer par le MINI, le MADRS, la STAI, et l'A-MISO-S.

Le MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*) est un questionnaire semi-structuré pour les diagnostics selon le DSM et la CIM, et celui-ci n'a révélé aucune psychopathologie.

Le MADRS (*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*) indique un score nul pour la préévaluation et un score de 6 pour la postévaluation. Ces résultats indiquent que la patiente présente une normothymie. Lors de la seconde évaluation, la patiente était dans une période de fragilité due notamment à la préménopause, ce qui pourrait expliquer la légère augmentation des scores du MADRS.

Le STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), lors de la première passation, a montré un score de 40 pour l'anxiété-trait et de 27 pour l'anxiété-état. La deuxième passation a révélé un score de 38 pour l'anxiété-trait et de 30 pour l'anxiété-état, ces résultats sont dans les normes et ne montrent pas de changements significatifs entre les deux évaluations.

L'A-MISO-S1 (*Amsterdam Misophonia Scale*), lors de la première passation, a montré un score de 11, score en faveur d'une misophonie modérée et la deuxième évaluation un score de 7, ce qui indique une atténuation de la symptomatologie. Il est à noter que lorsque nous avons effectué la première passation de ces échelles, la patiente avait déjà commencé les expositions depuis deux mois (voir ci-après), de ce fait, elle avait favorablement évolué.

TRAITEMENT

Nous n'avons pas trouvé de recommandations thérapeutiques précises concernant la misophonie, avec plutôt la mise en exergue du traitement des comorbidités associées (somatique⁴ ou psychique). Dans le cadre de la prise en charge de cette patiente, nous avons proposé un suivi psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental, sous forme d'entretiens individuels à raison d'une fois par semaine, pour un total de quinze séances. Dans un premier temps, nous avons proposé des expositions progressives en séance et à l'extérieur aux stimuli provoquant la symptomatologie précitée, et avons demandé à la patiente d'évaluer l'intensité des symptômes anxieux, de colère, d'irritabilité et de dégoût. Nous avons également ciblé les entretiens sur l'affirmation de soi et l'auto-observation afin qu'elle

parvienne à mieux connaître le lien entre les pensées, les émotions et son comportement.

DISCUSSION

Selon les différents travaux que nous avons parcourus dans cette brève revue de la littérature, nous avons constaté que le critère diagnostique le plus important de la misophonie est la réaction aversive à certains sons. M^{me} A. présente une symptomatologie évocatrice d'une misophonie pure, avec la présence de stimuli spécifiques déclenchant une série de symptômes en cascade, avec en premier lieu une réaction physique aversive, commençant par une irritabilité et du dégoût et se transformant rapidement en colère. Le stimulus à l'origine de la symptomatologie de notre patiente est caractéristique et similaire à ceux rencontrés chez les personnes souffrant de misophonie, à savoir les bruits en lien avec des mâchements de bouche, provoquant des réactions aversives chez 81% des patients atteints.¹ Néanmoins, aucune autre réaction aversive à d'autres stimuli, tels que le cliquement d'un stylo ou le tapotement des doigts sur un clavier, n'a été évoquée par M^{me} A. Nous ne notons pas de réaction agressive verbale ou physique chez la patiente, qui se décrit comme une personnalité plutôt calme et disciplinée. La patiente exprime également des phobies d'impulsion dans certaines situations, craignant de se montrer impolie vis-à-vis des personnes à la source des stimuli aversifs.

Conformément aux sujets ayant participé à une étude récente,³ nous pouvons noter que cette patiente présente une anxiété et un stress importants en réponse à certains sons répétitifs, mais elle n'exprime pas de peur vis-à-vis de ceux-ci. De plus, elle a pu exprimer se sentir offensée par certains sons, se laissant envahir par des pensées négatives et agressives vis-à-vis des personnes sources. Elle rapporte également, comme cela est mis en évidence par certains travaux,^{1,3} des symptômes physiques lors des épisodes, tels qu'une tension musculaire et une oppression au niveau de la poitrine.

Néanmoins, contrairement à d'autres travaux⁷ qui ont rapporté l'existence de comorbidités psychiatriques quasiment systématiques chez les patients atteints de misophonie, cette patiente ne présente aucun autre trouble psychiatrique, avec l'absence d'antécédents psychiatriques. Il s'agit, comme souligné plus haut, d'une misophonie pure sans terrain psychiatrique prédisposant aux difficultés actuelles.

Nous n'avons pas trouvé de résultats probants concernant l'utilisation de psychotropes chez les personnes souffrant de misophonie, et selon les données actuelles, peu d'effets cliniques satisfaisants ont été obtenus par le biais d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques.¹⁰ Par conséquent, dans ce contexte, nous avons privilégié une psychothérapie de type cognitivo-comportemental.

En effet, l'évolution clinique de M^{me} A. a été nettement favorable. Avec la prise en charge proposée, la patiente a pu s'exposer de manière progressive et investie, et a présenté une diminution importante des stratégies d'évitement ainsi qu'une nette atténuation des émotions négatives ressenties lors des expositions aux stimuli. Elle parvient par ailleurs, grâce à des stratégies d'affirmation de soi, à exprimer



mer de manière plus cadrée ses émotions, ses besoins et ses limites, améliorant de ce fait son fonctionnement social, familial et professionnel.

Nous avons pu constater que la thérapie a permis une nette amélioration de la symptomatologie présente au début du suivi, permettant dans un premier temps à la patiente de mieux connaître son trouble, et dans un second temps de maîtriser les émotions en lien avec les stimuli. Nous pouvons néanmoins noter la persistance d'une symptomatologie résiduelle à bas bruit, principalement lors de périodes de fragilité psychique, mais d'une intensité moindre par rapport au début de la prise en charge.

CONCLUSION

Nous avons ainsi pu observer que les stratégies cognitivo-comportementales pourraient être d'un grand bénéfice pour le traitement de la misophonie, encore peu connue à l'heure actuelle et espérons que cet article attirera l'attention des cliniciens et des chercheurs pour une meilleure compréhension clinique et étiopathogénique de ce trouble. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Bibliographie

- 1 ** Schröder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: Diagnostic criteria for a new psychiatric disorder. *PLoS One* 2013;8:e54706.
- 2 * Schwartz P, Leyendecker J, Conlon M. Hyperacusis and misophonia: The lesser-known siblings of tinnitus. *Minn Med* 2011;94:42-3.
- 3 ** Edelstein M, Brang D, Rouw R, Ramachandran vs. misophonia: Physiological investigations and case descriptions. *Front Hum Neurosci* 2013;7:296.
- 4 Sztuka A, Pospiech L, Gawron W, Dudek K. DPOAE in estimation of the function of the cochlea in tinnitus patients with normal hearing. *Auris Nasus Larynx* 2010; 37:55-60.
- 5 * Wu MS, Lewin AB, Murphy TK, Storch EA. Misophonia: Incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *J Clin Psychol* 2014;70:994-1007.
- 6 Kochkin S, Tyler R, Born J. MarkeTrak VIII: The prevalence of tinnitus in the United States and the self-reported efficacy of various treatments. *Hearing Review* 2011;18:10-26.
- 7 Webber TA, Johnson PL, Storch EA. Pediatric misophonia with comorbid obsessive-compulsive spectrum disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:231.e1-2.
- 8 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;47:558-61.
- 9 Hadjipavlou G, Baer S, Lau A, Howard A. Selective sound intolerance and emotional distress: What every clinician should hear. *Psychosom Med* 2008;70:739-40.
- 10 Ferreira GM, Harrison BJ, Fontenelle LF. Hatred of sounds: Misophonic disorder or just an underreported psychiatric symptom? *Ann Clin Psychiatry* 2013;25: 271-4.
- 11 Schröder A, van Diepen R, Mazaheri A, et al. Diminished n1 auditory evoked potentials to oddball stimuli in misophonia patients. *Front Behav Neurosci* 2014;8: 123.
- 12 Kumar S, Hancock O, Cope T, et al. Misophonia: A disorder of emotion processing of sounds. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2014;85:e3.

* à lire

** à lire absolument