

# Misofonia: características clínicas e relato de caso

## *Misophonia: clinical aspects and case report*

Carlos Eduardo Leal Vidal<sup>1,2</sup>, Ligia Melo Vidal<sup>1</sup>, Maria Júlia de Alvarenga Lage<sup>1</sup>

### RESUMO

Misofonia refere-se a uma condição em que há uma forte aversão a certos sons, em resposta aos quais a pessoa relata experiências emocionais desagradáveis e excitação autonômica. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de portadora de misofonia e discutir características diagnósticas. Paciente do sexo feminino, 32 anos, casada. Na anamnese relatou sintomas compatíveis com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), como verificação de portas e janelas, preocupação com ordem e simetria de objetos, ler tudo o que está à frente, colocar a mão duas ou três vezes em móveis da casa, além de tiques faciais e guturais. Também relatou desencadeantes das situações de raiva: intolerância a alguns ruídos e sons, como mastigação de terceiros, teclado de celular, clique no "mouse" do computador, impressora e esfregar as mãos. Na presença desses ruídos, ela tenta se afastar e já atacou fisicamente parentes e colegas de trabalho. Foi tratada com escitalopram e reavaliada depois de quarenta e cinco dias, relatando alívio parcial da misofonia e redução dos sintomas TOC. A condição foi descrita pela primeira vez no início de 2000 por dois audiologistas e tornou-se foco de interesse no campo da psiquiatria. Alguns relatos sugerem que os sintomas misofônicos podem ser parte de outras condições, como síndrome de Tourette, TOC e transtorno de ansiedade generalizada. No caso descrito, a paciente apresentou quadro comórbido de misofonia, TOC e transtorno de tique.

### Palavras-chave

Misofonia, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade, tiques.

### ABSTRACT

Misophonia refers to a condition in which there is a strong aversion to certain sounds, in response to it the person reports unpleasant emotional experiences and autonomic arousal. The objective of this paper is to present a case of misophonia carrier and discuss diagnostic features. Female, 32 years old, married. In anamnesis reported obsessive compulsive symptoms such as checking doors and windows, concerned with order and symmetry of objects; read all that lies ahead, pull the hand two or three times on furnitures. Also reported triggering situations of anger: intolerance to some noises and sounds, like chewing third, mobile keyboard, click the "mouse" computer, printer and rub hands. In the presence of these noises, she tries to move away, and already tried to attack physically relatives and coworkers. She was treated with escitalopram and reevaluation after forty five days, reported partial relief misophonia and reduction of obsessional symptoms. The condition was first described in the early 2000s by two audiologists, and has become the focus of interest in the field of

Recebido em  
9/12/2016  
Aprovado em  
22/7/2017

1 Faculdade de Medicina de Barbacena.

2 Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

DOI: 10.1590/0047-2085000000168

Endereço para correspondência: Carlos Eduardo Leal Vidal  
Rua Professor Vasconcelos, 467  
36205-238 – Barbacena, MG, Brasil  
Telefones: (32) 3331-4106/(32) 99983-5384  
E-mail: celv@uol.com.br

**Keywords**

Misophonia, obsessive-compulsive disorder, anxiety, tics.

psychiatry. Some reports suggest that misophonic symptoms may be part of other conditions such as Tourette's syndrome, obsessive compulsive disorder (OCD) and Generalized Anxiety Disorder. In the case described, the patient presented comorbid condition of Misophonia, OCD and tic disorder.

**INTRODUÇÃO**

A misofonia se refere a uma síndrome em que ocorre forte aversão a certos sons em resposta aos quais a pessoa relata experiências emocionais desagradáveis e excitação autonômica<sup>1-3</sup>. Na misofonia, as características físicas do som, como frequência e amplitude, são secundárias (ao contrário do que ocorre na hiperacusia) e as reações a este dependem de fatores não auditivos, como a avaliação prévia do paciente ao som e ao contexto em que ocorre<sup>3</sup>. O quadro pode incluir uma variedade de emoções negativas, como desagrado, aborrecimento, ódio, raiva e desconforto. Um subtipo de misofonia é a fonofobia, em que o medo a determinados sons é o fator dominante<sup>4-6</sup>.

Os principais sons que desencadeiam os sintomas compreendem ruídos ou barulhos repetitivos tipicamente produzidos por outro indivíduo, incluindo comer (mastigação/trituração), clicar uma caneta, tique-taque de relógio, tamborilar os dedos, assobios e estalar os lábios, entre outros<sup>2,7</sup>. Portadores de misofonia tendem a evitar situações nas quais os referidos sons possam ser produzidos, dificultando as interações sociais e levando, muitas vezes, a problemas na esfera profissional<sup>7</sup>. Os pacientes reconhecem o caráter desproporcional das suas reações, as quais não parecem surgir quando os sons de disparo são produzidos por eles mesmos<sup>2</sup>. De forma interessante, é importante notar que os sons de gatilho não precisam necessariamente ser gerados por outras pessoas: o ruído produzido por um trem, avião e motores, bem como sons feitos por animais podem potencialmente resultar em sintomas misofônicos. Em adição aos desencadeantes auditivos, a observação de determinados movimentos, como apontar o dedo, balançar as pernas ou mexer nos cabelos, pode também provocar respostas aversivas associadas com sentimentos de desconforto, irritabilidade ou raiva<sup>8</sup>.

A condição não é reconhecida ou classificada como um transtorno psiquiátrico. Sua prevalência é desconhecida e parece haver um componente hereditário, já que muitos portadores relatam a presença desses sintomas entre familiares<sup>2,6,7</sup>. Dada a escassez de publicações sobre o tema, o objetivo deste trabalho é apresentar o caso de uma mulher portadora de misofonia e discutir as características diagnósticas.

**RELATO DE CASO**

Mulher, 32 anos, casada há 15 anos, uma filha (quatro anos), ensino médio completo, auxiliar de contabilidade. Convive

bem com o marido. Tem mais duas irmãs, casadas, com 29 e 35 anos de idade. A mais nova já fez tratamento psicoterápico por apresentar episódios de "cutting" no final da adolescência. Referiu antecedentes familiares de sintomas psiquiátricos inespecíficos (pai nervoso, mas sem tratamento, costumava agredir a esposa; uma prima tinha tiques). Bebe cerveja, esporadicamente, em situações sociais. Sem relato de doenças físicas. Encaminhada por psicóloga da cidade onde mora com relato de ansiedade e irritabilidade excessivas. Na anamnese referiu sintomas sugestivos de TOC, como rituais de contagem, organização, simetria e acumulação de objetos (p. ex. conferir várias vezes portas e janelas antes de dormir ou sair de casa, verificar repetidamente a contabilidade da firma onde trabalha, fazendo e refazendo contas; preocupar-se com ordem e simetria de objetos domésticos; olhar o relógio continuamente para verificar as horas; ler tudo que vê à sua frente, inclusive anúncios e placas de carro; encostar a mão três vezes em móveis da casa e do trabalho; guardar coisas usadas, descartáveis e sem utilidade). Relatou desconforto significativo e interferência nas suas atividades por causa das compulsões, sobre as quais teria pouco controle, sendo necessário executá-las várias vezes antes de dar por terminada uma tarefa, como se algo fosse dar errado se não o fizesse. Informou apresentar "essas manias" desde a adolescência. Disse ser muito nervosa, chegando a ficar agressiva em algumas situações, "fico com raiva e martelando sobre o que acontece comigo". Sobre situações desencadeadoras da raiva falou da intolerância a alguns barulhos e sons, como mastigação de terceiros próximos a ela, teclado de celular, clicar do "mouse" de computadores, impressora, esfregar de mãos, entre outros. Na presença desses barulhos ela procura se afastar, pois já chegou a agredir fisicamente o marido e familiares e insultar colegas de trabalho. Mais raramente exibiu manifestações conversivas (entortar as mãos e fletir os braços) durante esses episódios. Referiu provável quadro depressivo acompanhado por manifestações conversivas quando perdeu um filho, natimorto, aos 22 anos e, logo em seguida ao falecimento da mãe: ficou paralisada, dependente de terceiros, não segurava objetos, não conseguia escovar os dentes. Usou paroxetina, nortriptilina e buspirona, sem especificar a duração do tratamento, mas obteve melhora dos sintomas apresentados. Relatou também que há muitos anos, desde a adolescência, experimenta desconforto e mal-estar ao visualizar objetos com padrões irregulares ou com agrupamento de orifícios ou buracos. Evita olhar fotos ou imagens com essas características. Deu como exemplo uma viagem em que parou o

carro por não suportar a visão de um caminhão carregado de cana-de-açúcar que estava à sua frente. Na infância apresentou tiques faciais e guturais, mas não sabe informar se fez tratamento para isso. Os referidos tiques ainda persistem, principalmente quando ansiosa ou preocupada. Ao exame mostrava-se sem alterações da psicomotricidade, orientada, com memórias e atenção preservadas, humor estável e sem sintomas produtivos. Foi diagnosticada como portadora de transtorno obsessivo-compulsivo e medicada com escitalopram 10 mg/dia (aumentado para 20 mg depois de quatro semanas). Em reavaliação depois de quarenta e cinco dias, referiu melhora parcial dos sintomas obsessivos e pequeno alívio da misofonia. Foi associada risperidona 1 mg/dia com diminuição dos tiques, interrompido pela paciente devido a sonolência e lentificação motora.

## DISCUSSÃO

As queixas e os sintomas apresentados indicaram a presença de tríplice comorbidade: TOC, transtorno de tique e misofonia. Esta última condição foi primeiramente descrita no início da década de 2000 por dois audiologistas<sup>1,9,10</sup> e vem se tornando foco de interesse no campo da psiquiatria<sup>4</sup>. Alguns relatos sugerem que os sintomas misofônicos podem fazer parte de outros quadros como síndrome de Tourette, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ansiedade generalizada e transtorno esquizotípico, indicando que determinados casos de misofonia possam ser atribuídos a um transtorno subjacente<sup>2,9,11</sup>. Sintomas misofônicos e hiper-responsividade sensorial também têm sido relatados em crianças portadoras de TOC e em vários outros transtornos neurodesenvolvimentais, como transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtornos do espectro autista e síndrome do X frágil<sup>8</sup>. O padrão de sintomas da misofonia compartilha ainda algumas características encontradas em outros transtornos de ansiedade e de personalidade<sup>12</sup>.

Recentemente, Schroder *et al.*<sup>12</sup> sugeriram que a misofonia fosse classificada como um transtorno psiquiátrico distinto, mais que apenas um sintoma de outra condição neurológica ou psiquiátrica, e que poderia ser categorizada dentro dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo. Ressaltaram, porém, que classificar a misofonia como tal seria prematuro, sendo necessários mais estudos sobre o tema. Os referidos autores propuseram, também, seis critérios diagnósticos para misofonia (Tabela 1).

Nem todos os indivíduos, no entanto, experimentam raiva e, mesmo que esta ocorra, alguns pacientes são capazes de controlar a exteriorização dessas reações, mantendo o autocontrole ou se afastando dos estímulos, conforme relatado na descrição do caso clínico. Comportamentos agressivos são observados principalmente em indivíduos jovens<sup>8</sup>. Além disso, os sintomas podem ser desencadeados por sons não humanos<sup>13</sup>.

**Tabela 1.** Critérios Diagnósticos para Misofonia, Schroder *et al.*, 2013

- 
- A) A presença ou antecipação de sons específicos produzidos por outras pessoas provoca reação física impulsiva e aversiva, começando com irritação ou repugnância e que instantaneamente se transforma em raiva
  - B) Essa raiva desencadeia profunda sensação de perda de autocontrole com potenciais, mas raras, explosões agressivas
  - C) O indivíduo reconhece que a raiva ou a repulsa é excessiva, não razoável ou desproporcional às circunstâncias ou ao estressor
  - D) O indivíduo tende a evitar a situação misofônica ou, caso não consiga, permanece na situação com desconforto, raiva ou repulsa intensos
  - E) A raiva do indivíduo, aversão ou esquivas causam sofrimento significativo ou interferência significativa na sua vida
  - F) A raiva do indivíduo, aversão ou esquivas não são mais bem explicados por outro transtorno, como transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno de estresse pós-traumático
- 

Especificamente, as características compartilhadas entre misofonia e TOC, como o alívio do desconforto associado a comportamentos de esquivas, poderiam sugerir que a condição estivesse associada ao espectro obsessivo-compulsivo, conforme descrito em outros trabalhos<sup>11-13</sup>. Porém, enquanto no TOC as obsessões causam angústia, ansiedade e, por vezes, repulsa, que são aliviados por meio de compulsões, na misofonia a resposta primária diante do estímulo é a raiva (juntamente com a repulsa), a qual é aliviada com a remoção do desencadeante<sup>14</sup>.

A paciente referiu ainda a presença de tiques motores e vocais, os quais, mesmo que não criteriosamente investigados, sugerem quadro de Tourette. Tal associação é descrita na literatura, existindo ocorrência aumentada e recíproca de sintomas obsessivos compulsivos (SOC) e de TOC em portadores de transtorno de Tourette. Do mesmo modo, sintomas misofônicos parecem ser comuns em pacientes portadores das condições citadas<sup>8,15</sup>.

Não há, até o momento, hipóteses consistentes sobre a etiologia e curso da misofonia. Do ponto de vista neurofuncional, sugere-se que a sensibilidade exagerada a determinados sons esteja relacionada à atividade anormal no sistema límbico e nas suas ligações funcionais com o sistema nervoso autônomo e córtex auditivo primário<sup>7,10</sup>.

Para alguns pacientes o início dos sintomas parece estar relacionado ao sentimento de repugnância e desgosto de ouvir a mastigação de membros da família durante a infância, o que resultaria num processo de condicionamento depois da exposição repetida a esses eventos, levando a manifestações misofônicas ou comportamentos de esquivas<sup>12</sup>. Presume-se, ademais, a presença de possível componente genético, dado que a condição costuma ocorrer em vários membros de uma família<sup>8</sup>.

Existem poucos relatos sobre tratamento, não havendo, atualmente, estratégia terapêutica eficaz para a condição. Indivíduos portadores de misofonia costumam desenvolver táticas de enfrentamento, como evitação de determinados locais ou pessoas, autodistração, uso de tampões ou fones

de ouvido e imitação dos sons desencadeadores<sup>2,4,14</sup>. Técnicas cognitivo-comportamentais (como habituação, reestruturação cognitiva, prevenção de resposta, inoculação de estresse), hipnose e terapia de habituação ao zumbido (*tinnitus retraining therapy*) também são empregadas, mas ainda não existem estudos conclusivos<sup>8,9,10,14</sup>. Do ponto de vista farmacológico especula-se que indivíduos que apresentam misofonia em associação com sintomas obsessivos possam se beneficiar de agentes serotoninérgicos ou dopaminérgicos<sup>2,9</sup>, como parece ter ocorrido com o caso relatado.

A paciente relatou ainda sintomas sugestivos de tripofobia, condição pouco descrita na literatura científica e que consiste na aversão a imagens de objetos circulares agrupados, que parecem possuir certas propriedades espaciais e provocar estados perceptualmente desagradáveis<sup>16</sup>. São escassos estudos sobre o tema. E, por fim, apresentou, anos antes, manifestações conversivas associadas a episódio depressivo reativo.

## CONCLUSÃO

A misofonia, também conhecida como síndrome da sensibilidade seletiva a sons – SSSS –, ainda é uma condição pouco conhecida tanto pelos médicos quanto pela população geral. No entanto, tem havido aumento crescente do interesse sobre o tema, principalmente por meio de sítios na Internet<sup>17</sup> e grupos de apoio *online* para os portadores<sup>18</sup>.

Apesar de a misofonia não ser caracterizada como um transtorno psiquiátrico, os sintomas causam sofrimento significativo aos indivíduos, sendo necessários mais estudos para melhor caracterização clínica e tratamento da síndrome.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Carlos Eduardo Leal Vidal** – Foi responsável pela obtenção dos dados e relato do caso, revisão da literatura e aprovação da versão final do manuscrito.

**Ligia Melo Vidal** e **Maria Júlia de Alvarenga Lage** – Foi responsável pela revisão da literatura e aprovação da versão final do manuscrito.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

## CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Número do Parecer: 1.844.752.

## REFERÊNCIAS

- Jastreboff P, Jastreboff M. Hyperacusis. *Audiology Online*. 2003. Disponível em: <http://www.audiologyonline.com/articles/hyperacusis-1223>. Acesso em: 4 maio 2016.
- Cavanna AE. What is misophonia and how can we treat it? *Expert Rev Neurother*. 2014;14(4):357-59.
- Aazh H, McFerran D, Salvi R, Prasher D, Jastreboff M, Jastreboff P. Insights from the first international conference on hyperacusis: causes, evaluation, diagnosis and treatment. *Noise Health*. 2014;16:123-6. Disponível em: <http://www.noiseandhealth.org/text.asp?2014/16/69/123/132100>. Acesso em: 5 maio 2016.
- Brunxer G. 'Mastication rage': a review of misophonia - an under-recognised symptom of psychiatric relevance? *Australas Psychiatry*. 2016;24(2):195-7.
- Urnau D, Tochetto TM. Características do zumbido e da hiperacusia em indivíduos normo-ouvintes. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2011;15(4):468-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000400010>. Acesso em: 5 jun. 2016.
- Knobel K, Baraldi A, Lima MCP. Os pais conhecem as queixas auditivas de seus filhos? *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012;78(5):27-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20120005>. Acesso em: 5 jun. 2016.
- Edelstein M, Brang D, Rouw R, Ramachandran VS. Misophonia: physiological investigations and case descriptions. *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013;7:1-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691507/pdf/fnhum-07-00296.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2016.
- Cavanna AE, Seri S. Misophonia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:2117-23.
- Jastreboff MM, Jastreboff PJ. Components of decreased sound tolerance: hyperacusis, misophonia, phonophobia. *ITHS News Lett*. 2001;2:5-7.
- Jastreboff PJ, Jastreboff MM. Tinnitus retraining therapy for patients with tinnitus and decreased sound tolerance. *Otolaryngol Clin North Am*. 2003;26:321-36.
- Webber TA, Storch EA. Toward a theoretical model of misophonia. *Letter. General Hospital Psychiatry*. 2015;37(4):369-70.
- Schroder A, Vulink N, Denys D. Misophonia: Diagnostic Criteria for a New Psychiatric Disorder. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e54706.
- Taylor S. Misophonia: a new mental disorder? *Med Hypotheses*. 2017;103:109-17.
- Schneider RL, Arch JJ. Letter to the editor: Potential treatment targets for misophonia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(4):370-1.
- Webber TA, Johnson PL, Storch EA. Case report: Pediatric misophonia with comorbid obsessive-compulsive spectrum disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014;36(2):231.e1-2.
- Imaizumi S, Furuno M, Hibino H, Koyama S. Trypophobia is predicted by disgust sensitivity, empathic traits, and visual discomfort. *Springerplus*. 2016;5(1):1449.
- Misophonia International. Disponível em: <http://www.misophonaiinternational.com/>. Acesso em: 3 fev. 2017.
- Misophonia online. Disponível em: <http://www.misophonia-uk.org/>. Acesso em: 28 out. 2016.