

Książka ta skierowana jest do osób, które chcą szczegółowo poznać temat mizofonii lub które nigdy o mizofonii nie słyszały, a chcą zrozumieć, na czym ona polega i być jej świadomym. Adresowana jest zarówno do osób cierpiących na mizofonię, młodszych jak i starszych oraz do osób bez mizofonii: rodziców i krewnych dzieci i młodzieży z mizofonią, nauczycieli i wychowawców, instruktorów sportu oraz animatorów wszelkich form aktywności, w których mogą brać udział ludzie z mizofonią.

„Odkrywanie Mizofonii” przedstawia opis zaburzenia w różnych aspektach, od podstaw naukowych po społeczne konsekwencje mizofonii w domu, szkole i pracy, ilustruje podstawy związane z leczeniem mizofonii i wsparciem osób cierpiących na nią, a także oferuje oryginalną propozycję diagnostyki i narzędzia badawcze opracowane w kontekście tych badań.

ODKRYWANIE MIZOFONII

ODKRYWANIE MIZOFONII

Niniejsza pozycja wywodzi się z europejskiej inicjatywy obejmującej dziesięć organizacji z ośmiu różnych krajów: Włoch (lidera), Austrii, Słowenii, Cypru, Islandii, Hiszpanii, Turcji i Polski. Autorami książki są eksperci z organizacji uczestniczących, przy udziale specjalistów powiązanych z partnerstwem, w tym członkowie Centrum ds. Mizofonii i Regulacji Emocji przy Uniwersytecie Duke (Karolina Północna) oraz prezes Włoskiego Stowarzyszenia na rzecz Mizofonii AIMIF (www.misofonia.it), który redagował książkę.

Jak żyć w pełni ze
świadomością mizofoniczną



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Copyright © Misophonia@School

Wydanie I: marzec 2023

Książka została wydrukowana czcionką Helvetica Neue, aby ułatwić czytanie osobom z dysleksją.

Wsparcie Komisji Europejskiej dla powstania tej publikacji nie oznacza poparcia jej treści, które odzwierciedlają wyłącznie poglądy autorów, a Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek wykorzystanie informacji w niej zawartych.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Numer projektu: 2020-1-IT02-KA201-079622

Opracowanie graficzne okładki: Francesco Sanesi
Projekt i plan: Francesco Pedicini

979-12-81602-00-7

<https://www.misophonia-school.eu>

Odkrywanie mizofonii

Jak żyć w pełni
ze świadomością mizofoniczną

Redakcja tekstu: Mario Campanino

Indeks

Od wydawcy: Dla kogo jest ta książka?

Wstęp

PIERWSZA CZĘŚĆ POZNAĆ I ZROZUMIEĆ MIZOFONIĘ

Rozdział 1. Czym jest Mizofonia?

Definicje i objawy

Historia i występowanie mizofonii

Odróżnienie od innych zaburzeń wrażliwości na dźwięk

Rozdział 2. Naukowe Podstawy Mizofonii

Samoopis jako miara mizofonii

Pomiary fizjologiczne niezwiązane z mózgiem

Pomiary fizjologiczne oparte na mózgu

Społeczne podłoże mizofonii

Diagnoza kliniczna i leczenie

Rozdział 3. Jak mizofonia wpływa na nasze życie osobiste i społeczne

Znaczenie życia społecznego jednostki

Kontekst Społeczny w Mizofonii

Mizofonia w Życiu Codziennym

Dla Społecznie Świadomego Środowiska Mizofonii

Rozdział 4. Radzenie sobie z Mizofonią w Edukacji

Formalne konteksty edukacyjne i mizofonia
Wykresy obserwacyjne do wykrywania uczniów mizofonicznych
Typowe reakcje na triggery u osób mizofonicznych
Mniej powszechne reakcje na triggery u osób mizofonicznych
Nieformalne konteksty edukacyjne: wskazówki i porady
Strategie edukacyjne dla uczniów mizofonicznych

CZĘŚĆ DRUGA WSPIERANIE I LECZENIE LUDZI Z MIZOFONIA

Rozdział 5. Mizofonia a Zaburzenia Współistniejące

Mizofonia a zaburzenia lękowe
Mizofonia a zaburzenia nastroju
Mizofonia a zaburzenia związane z traumą
Mizofonia a zaburzenia obsesyjno-kompulsywne
Mizofonia a zaburzenia osobowości
Mizofonia a zaburzenia przetwarzania sensorycznego
Mizofonia a zaburzenia ze spektrum autyzmu
Mizofonia a zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości ruchowej
Wnioski

Rozdział 6. Wykorzystanie terapii poznawczo-behawioralnych w leczeniu Mizofonii

Terapie poznawczo-behawioralne (CBT)
Zastosowanie modelu CBT w Mizofonii
Korzystanie z terapii poznawczo-behawioralnych (CBT) w leczeniu Mizofonii

Rozdział 7. Kwestionariusz Mizofonii – Duke University

Wstęp
Kwestionariusz Mizofonii Duke'a
Duke Misophonia Questionnaire (DMQ)

Rozdział 8. Innowacyjne Podejście i Narzędzia Projektu Misophonia@School

Aplikacja mobilna Misophonia@School

Przystąpienie do testu

Interpretacja wyników testu

Wnioski. „Świadomość mizofoniczna”, plan działania dla osób z mizofonią

O Autorach p. 135

Keyword Glossary p. 143

Bibliografia p. 149

Od wydawcy: Dla kogo jest ta książka?

Książka ta jest skierowana do wszystkich, którzy pragną dokładniej zbadać temat mizofonii oraz do tych, którzy nigdy o niej nie słyszeli, a chcą zrozumieć, na czym ona polega. Skierowana jest zarówno do osób mizofonicznych, tych młodszych oraz starszych, jak i osób, które same nie cierpią na to zaburzenie, lecz mogą mieć do czynienia z osobami z mizofonią: rodziców, krewnych dzieci i młodzieży mizofonicznej, nauczycieli i wychowawców, trenerów sportowych oraz wszelkiego rodzaju animatorów.

Celem tej książki jest przede wszystkim popularyzacja mizofonii, ale także pogłębienie wiedzy naukowej na ten temat wśród chętnych czytelników. Ktokolwiek zdecyduje się ją przeczytać i zbliżyć się do tematu mizofonii, będzie miał istotny wkład w lepsze samopoczucie osób z mizofonią. W rzeczywistości zaburzenie to jest obecnie wciąż mało znane, a niemożność dzielenia się przez osoby mizofoniczne swoim dyskomfortem z resztą społeczeństwą jest jedną z największych krzywd, jakie powoduje.

Wszystkim czytelnikom tej książki należą się podziękowania ze strony każdej osoby cierpiącej na mizofonię.

Wstęp

„Mizofonia” to wciąż stosunkowo młody termin, mający ledwie ponad dwadzieścia lat. Kiedy po raz pierwszy pojawił się w użyciu – w Stanach Zjednoczonych był to rok 2001 – jego twórcy prawdopodobnie nie zdawali sobie sprawy, jak szeroki będzie zasięg oddziaływania. Dzieje się tak dlatego, że każda osoba mizofoniczna ma trudności z jasnym wydobyciem natury swojej symptomatologii, zanim faktycznie zrozumie, czym ona jest, przez co pozostaje ona zanurzona i ukryta. Wydawać by się więc mogło, że mizofonia nie jest bardzo rozpowszechniona, jednak uśrednienie wyników wielu badań – choć nie systematycznych – dotyczących rozpowszechnienia tego zaburzenia ujawnia, że około 13% populacji ma objawy mizofonii. Bardzo wysoki odsetek w porównaniu z innymi, nawet lepiej znanymi zaburzeniami (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, czyli ADHD występuje u około 5% populacji na całym świecie).

Niemniej jednak, pomimo tego, jak nowy jest to termin, podjęto ważne kroki w badaniach nad przyczynami i leczeniem mizofonii, zwłaszcza dzięki najnowszym osiągnięciom w neurodydaktyce. W Europie właśnie te zmiany zaowocowały początkowym podejściem do tematu, wraz z utworzeniem organizacji mu poświęco-

nych, takich jak Stowarzyszenie Mizofonii w Holandii w 2015 r. i Włoskie Stowarzyszenie Mizofonii AIMIF w 2018 r. oraz takie inicjatywy jak Projekt Misophonia@School, którego jednym z głównych produktów jest niniejsza książka. Projekt ten okazał się pierwszym na skalę europejską działaniem poświęconym rozpoznawaniu zaburzeń w edukacji (projekt Misophonia@School, mający na celu włączenie uczniów z mizofonią do europejskich school, jest Partnerstwem Strategicznym Erasmus+ powstałym dzięki współfinansowaniu Komisji Europejskiej – Włoskiej Agencji ds. Programu Erasmus+)¹.

Celem tych stron jest przybliżenie tematyki mizofonii w sposób zwięzły i przejrzysty poprzez dwuczęściową ekspozycję.

Pierwsza część zawiera przegląd zaburzenia w różnych aspektach:

- dotyczącym naukowych podstaw mizofonii, wyjaśniającym w możliwie zrozumiałym języku wyniki dotychczasowych badań nad zaburzeniem;
- dotyczącym społecznych (interpersonalnych) konsekwencji mizofonii w domu, pracy oraz w szerszych kręgach społecznych;
- dotyczącym trudności napotykanych przez uczniów z mizofonią w szkole i w innych kontekstach edukacji pozaformalnej oraz strategii ich przezwyciężania.

Natomiast w drugiej części przedstawiono podsta-

1 Pełny opis projektu i jego wyników znajduje się w rozdziale 8: „Innowacyjne Podejście i Narzędzia projektu Misophonia@School”

wy związane z leczeniem mizofonii i wsparciem osób cierpiących na nią:

- obecność i wpływ współwystępowania mizofonii z innymi znanymi zaburzeniami;
- techniki i wyniki leczenia mizofonii za pomocą terapii poznawczo-behawioralnych;
- narzędzia diagnostyczne i badawcze dotyczące mizofonii, w tym narzędzia opracowane przez europejską inicjatywę, z której pochodzi niniejsza praca.

Ta książka jest dostępna w dziewięciu językach europejskich (włoskim, angielskim, niemieckim, słoweńskim, greckim, islandzkim, hiszpańskim, tureckim i polskim) i jest dostępna do pobrania online w formacie elektronicznym².

Przedstawiając ją europejskim, jak i światowym odbiorcom, mamy nadzieję, że ta krótka podróż śladami mizofonii wystarczy, aby otworzyć oczy czytelników na zaburzenie, które tak bardzo wpływa na życie tych, którzy na nie cierpią i dostarczy pomysłów dotyczących strategii radzenia sobie z nim oraz przezwyciężania go.

Autorzy

² Publikację można pobrać z wielu europejskich stron internetowych: wśród nich warto wymienić stronę internetową projektu Misophonia@School (www.misophonia-school.eu) oraz stronę włoskiego stowarzyszenia misophonia AIMIF (www.misofonia.it).

PIERWSZA CZĘŚĆ

POZNAĆ I ZROZUMIEĆ MIZOFONIĘ

Rozdział 1

Czym jest Mizofonia?

Autorzy: Mario Campanino

Definicje i objawy

Mizofonia dosłownie oznacza „nienawiść do dźwięków”. Słowo pochodzi od greckiego „miso” (nienawiść) i „phonia” (dźwięki)³.

Osoby cierpiące na mizofonię charakteryzują się silną negatywną reakcją emocjonalną na określone dźwięki, zwane też ‘trigger sounds’ (z ang. dźwięki wyzwalające). Zazwyczaj są to dźwięki jedzenia, żucia i oddychania generowane przez inne osoby. Istnieją również inne mniej powszechne triggery, na przykład dźwięk pisania na klawiaturze lub szelest papieru. Osoby z mizofonią narażone na triggery reagują bardzo gwałtownie, np. próbują uciec od sytuacji. Jeśli ucieczka nie jest możliwa, doświadczają gniewu, niepokoju i wstrętu. Cza-

3 Autor pragnie złożyć należne wyrazy uznania prof. Sukhbinderowi Kumarowi za wielkoduszne przedstawienie wielu ważnych sugestii podczas kilku nieformalnych rozmów, które przyczyniły się do powstania tego i następnego rozdziału.

sami złość jest wyrażana przez gwałtowną reakcję na osobę wydającą mizofoniczny dźwięk.

Wpływ mizofonii na osoby cierpiące na nią jest bardzo zauważalny. W rzeczywistości, mizofonia może mieć niszczący wpływ na rodzinę, pracę i życie społeczne osób nią dotkniętych. Będą oni unikać posiłków z innymi członkami rodziny z powodu dźwięków jedzenia/żucia. Będą unikać korzystania z transportu publicznego, ponieważ odgłosy jedzenia są tam powszechne. W szkole, podobnie jak w pracy, będą unikać interakcji społecznych z innymi uczniami lub współpracownikami. Osoby z ciężką mizofonią mogą porzucić pracę/edukację. Mizofonia może powodować napięte relacje rodzinne: znane są przypadki rozwodów lub zakończenia związków, ponieważ jeden partner nie lubił dźwięków wydawanych przez drugiego. Triggery czasami wywołują gwałtowne reakcje, szczególnie wśród młodych osób (np. fizyczny atak na osobę, która je wytwarza). Mizofonia może powodować izolację społeczną, która prowadzi do depresji. W mediach donoszono o przypadkach samobójstw/prób samobójczych osób cierpiących na tę chorobę.

Mizofonia wydaje się objawiać w szczególny sposób. Początkowo reakcja jest wyzwalana dźwiękami pochodzącymi od konkretnej osoby. Na przykład córka jedząca posiłki z członkami rodziny zaczyna odczuwać złość na odgłosy jedzenia wydawane przez jej matkę lub ojca. Początkowo dźwięki innych osób nie wywołują negatywnej reakcji emocjonalnej. Kilka badań wykazało, że średni wiek zachorowania na mizofonię

wynosi około 12 lat, ale osoby cierpiące na tę chorobę mogą mieć nawet 6-7 lat.

Z biegiem czasu triggery stają się bardziej ogólne, to znaczy zamiast przez konkretną osobę, osoby z mizofonią są teraz drażnione przez więcej osób. Wraz z wiekiem zwiększa się kontrola nad wybuchami złości (to znaczy, że są mniej skłonni do reagowania przemocą wobec osoby drażniącej).

Mizofonia nie została formalnie uznana za zaburzenie neurologiczne/psychiatryczne i „oficjalna” definicja mizofonii nie istnieje. Wśród badaczy i klinicystów nadal pojawia się wiele nieporozumień co do tego, czym mizofonia jest, a czym nie jest, ale ostatnio kilku neuro naukowców, psychologów i psychiatrów zajmujących się mizofonią stworzyło następującą „konsensusową” definicję:

„Mizofonia to zaburzenie polegające na obniżonej tolerancji na określone dźwięki lub bodźce związane z takimi dźwiękami. Te bodźce, znane jako „wyzwalacze”, są odbierane jako nieprzyjemne lub niepokojące i mają tendencję do wywoływania silnych negatywnych reakcji emocjonalnych, fizjologicznych i behawioralnych, których nie obserwuje się u większości innych ludzi” (Swedo i in., 2022).

Historia i występowanie mizofonii

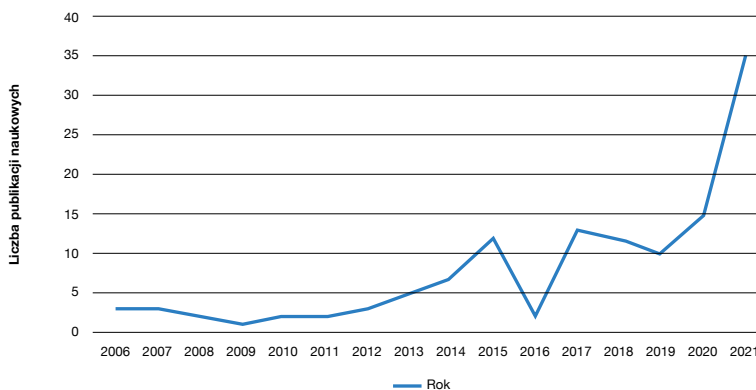
Słowo „mizofonia” zostało wymyślone przez audiologów Pawła i Margaret Jasterboff w 2001 roku, kiedy

badali znane od dawna nadwrażliwość słuchową i fonofobię (strach przed dźwiękami). Osoby cierpiące na nadwrażliwość słuchową odbierają „normalne” dźwięki jako bardzo głośne, a źródło dźwięku lub akustyczny wzór dźwięku nie jest bardzo ważny.

Jastreboffowie stwierdzili, że niektórzy ludzie byli zirytowani lub bardzo źli, gdy słyszeli pewne dźwięki. Dźwięki te były powtarzalne w swoim akustycznym wzorze. Na przykład odgłosy jedzenia, żucia i oddychania: co najważniejsze, głośność tych dźwięków nie odgrywała żadnej roli, to znaczy dźwięk jedzenia mógł być bardzo cichy, ale nadal był odbierany negatywnie przez osobę cierpiącą. To „nowe” zaburzenie różniło się zatem od nadwrażliwości słuchowej.

Tak więc Jastreboffowie ukuli termin „mizofonia”, aby odróżnić go od nadwrażliwości słuchowej i chociaż termin ten nie oddaje istoty mizofonii (nie wszystkie dźwięki są „znenawidzone” przez osoby cierpiące na mizofonię), to jednak utrzymał się i jest powszechnie stosowany. Jak dotąd nie ma formalnego uznania tego terminu w żadnej klasyfikacji zaburzeń medycznych.

Zainteresowanie zarówno badaczy, jak i klinicyстів wzrosło na przestrzeni lat. Poniżej znajduje się wykres przedstawiający liczbę publikacji na temat mizofonii w ostatnich latach:



Początkowo uważano, że przyczyną mizofonii (jak wyjaśnili Jastreboffowie) są problemy z przetwarzaniem dźwięku (lub słuchem) i przetwarzaniem emocji w częściach mózgu. Nie sądzili, że mizofonia jest zaburzeniem psychicznym. W nadwrażliwości słuchowej tylko słuchowa część mózgu była uważana za problematyczną: teraz nowe badania nad mizofonią pokazują, że słuchowa część mózgu jest „normalna”. Trwają dalsze prace badawcze na ten temat.

Dokładne oszacowanie częstości występowania mizofonii nie jest znane, ponieważ nie zebrano kompleksowych danych. Przeprowadzono niewiele badań skierowanych do ograniczonych populacji (na przykład studentów). Badanie przeprowadzone w USA (Wu i in., 2014) wykazało, że 20% studentów studiów licencjackich na uniwersytecie miało objawy mizofonii. Chińskie

badanie (Zhou i in., 2017) wykazało, że częstość jej występowania wśród studentów wynosi 6%. W Wielkiej Brytanii 12% studentów medycyny zgłosiło umiarkowane objawy. Badanie przeprowadzone wśród gospodarstw domowych w Turcji wykazało objawy mizofonii u 12,8% populacji.

Jak sugerują liczby, istnieje duża rozbieżność w szacunkach, ale liczby sugerują, że występowanie mizofonii jest dość częste. Żadne z dotychczas opublikowanych badań nie wykorzystywało losowego doboru próby całej populacji, dlatego potrzebne są dalsze prace, aby uzyskać dokładniejsze oszacowanie jej rozpowszechnienia.

Odróżnienie od innych zaburzeń wrażliwości na dźwięk

Zanim zrozumiemy, czym mizofonia różni się od innych zaburzeń, ważne jest, aby pamiętać, czym mizofonia nie jest:

- Mizofonia to nie tylko „normalna” irytacja, którą możemy odczuwać w przypadku niektórych dźwięków.
- Reakcja emocjonalna w mizofonii bardzo różni się od normalnej irytacji: chorzy odczuwają złość/niepokój w porównaniu do normalnej irytacji.
- Cierpiący mają wrażenie, że dźwięki przenikają ich ciało oraz przestrzeń osobistą i tracą kontrolę.
- Kiedy chorzy słyszą dźwięk wyzwalający, ich uwaga automatycznie skupia się na nim i nie potrafią zajmować się niczym innym w obecności tego dźwięku.

Aby zrozumieć, czym mizofonia różni się od innych zaburzeń, zacznijmy od jej bliskiego „krewnego”, nadwrażliwości słuchowej. Osoby cierpiące na nadwrażliwość słuchową doświadczają cichych i normalnie komfortowych dźwięków jako bardzo głośnych. W przypadku mizofonii głośność nie stanowi problemu: zarówno przyjemne, jak i głośne dźwięki mogą powodować niepokój. Znaczenie w mizofonii ma rodzaj dźwięków. Co więcej, w przypadku mizofonii źródłem dźwięku wywołującego reakcję jest prawie zawsze druga osoba. W nadwrażliwości słuchowej natomiast źródłem dźwięku powodującego niepokój może nie być osoba, a na przykład dźwięk lodówki.

Kontekst, w którym pojawiają się dźwięki, jest ważny dla mizofonii, ale nie dla nadwrażliwości słuchowej. Na przykład ten sam dźwięk zidentyfikowany jako dźwięk jedzenia/żucia powoduje większy niepokój w porównaniu do sytuacji, gdy źródło jest zidentyfikowane jako niejedzące. W przypadku nadwrażliwości słuchowej kontekst nie jest ważny: to samo cierpienie jest spowodowane niezależnie od kontekstu. Ponadto nadwrażliwość słuchowa i mizofonia mają różne mechanizmy mózgowe: nadwrażliwość słuchowa jest związana z procesami w obszarze mózgu przetwarzającym dźwięk (część słuchowa mózgu), podczas gdy mizofonia dotyczy działania w częściach mózgu „wyższego rzędu” przetwarzających emocje, a nie przetwarzania słuchowego.

Rozdział 2

Naukowe Podstawy Mizofonii

Autorzy: Mario Campanino

Mizofonia została „odkryta” bardzo niedawno: ponadto istnieje brak świadomości na temat mizofonii zarówno wśród ogółu społeczeństwa, jak i klinicystów. Bardzo często osoby cierpiące na mizofonię nie są traktowane poważnie:

- Uważa się, że „przesadzają”.
- Osoby cierpiące na mizofonię cierpią w milczeniu, aby uniknąć etykiety „szaleńca”.
- Klinicyści, tacy jak lekarze pierwszego kontaktu, również nie traktują tego schorzenia wystarczająco poważnie.

•
W obliczu tej sytuacji wyjściem jest zebranie naukowych dowodów na mizofonię. Rzeczywiście, może to przekonać zarówno klinicystów, jak i populację ogólną, że mizofonia jest autentycznym zaburzeniem i pomoże w formalnym rozpoznaniu mizofonii, tak aby można ją było wymienić w neurologicznych/psychiatrycznych

podręcznikach diagnostycznych, takich jak DSM-5. Ponadto, dowody naukowe przyspieszą dalsze badania nad mizofonią, które mogą pomóc w znalezieniu sposobów leczenia. Rodzaje dowodów naukowych, które należy zebrać, są różne:

- Opisy przypadków klinicznych i samoopisowe pomiary mizofonii.
- Pomiar pozamózgowej aktywności fizjologicznej, takiej jak częstość akcji serca i przewodnictwo skóry w odpowiedzi na dźwięki wyzwalające i nie wyzwalające.
- Miara aktywności mózgu.

Samoopis jako miara mizofonii

W badaniach samoopisowych badani zazwyczaj otrzymują wstępnie zaprojektowany kwestionariusz (papierowy lub internetowy). Następnie badani odpowiadają na pytania w oparciu o osobiste doświadczenie mizofonii. W niektórych przypadkach lekarz może przeprowadzić wywiad z osobą cierpiącą na mizofonię: w takim przypadku pytania w wywiadzie mogą opierać się na kwestionariuszu, ale nie mogą być ustalone z góry; czasami zaangażowanych jest więcej niż jeden klinicysta.

Przed 2013 rokiem opublikowano kilka raportów klinicznych dotyczących mizofonii. Składały się one z objawów jednego lub dwóch pacjentów zgłoszonych

przez klinicystę. Opisy przypadków klinicznych nie są odpowiednie dla dużej próby. Zamiast tego badania oparte na kwestionariuszach sprawdzają się dobrze w przypadku dużej próby i mogą być ukierunkowane na jedną określoną populację, na przykład studentów.

Schroeder i in. (2013) zgłosili 42 osoby cierpiące na mizofonię. Pacjenci ci byli obserwowani w klinice przez zespół przeszkolonych psychiatrów. Większość badanych (81%) miała dźwięki jedzenia jako wyzwalacze; drugim najczęściej wyzwalającym dźwiękiem były dźwięki nosowe/oddechowe (64%). Średni wiek wystąpienia dolegliwości wynosił 13 lat. Około 52% miało OCPD jako chorobę współistniejącą. Około 29% reagowało agresją słowną, a około 11% agresją fizyczną.

Kumar i in. (2014) wykorzystali kwestionariusz internetowy. Przeanalizowano dane od 157 uczestników, z których 93% określiło dźwięki jedzenia jako wyzwalacze: średni wiek wystąpienia objawów wynosił 12 lat; u 86% dominującą reakcją emocjonalną na dźwięki była złość; większość (84%) opuściłaby sytuację, w której wydawane były dźwięki wyzwalające.

Wu i in. (2014) zebrali dane od 483 studentów studiów licencjackich na amerykańskim uniwersytecie za pomocą kwestionariusza. Prawie 20% próby miało kliniczne objawy mizofonii, a w wielu przypadkach objawy mizofonii były skorelowane z objawami obsesyjno-kompulsyjnymi i lękowymi.

Naylor i in. (2021) wykorzystali kwestionariusz do zebrania danych od 336 studentów studiów licencjackich w Wielkiej Brytanii: klinicznie istotne objawy mi-

zofonii stwierdzono u 49,1% badanych, podczas gdy objawy od umiarkowanej do ciężkiej mizofonii stwierdzono u 12%.

Obecnie mamy do dyspozycji wiele kwestionariuszy do samoopisu:

- Amsterdamski kwestionariusz mizofonii (Schroeder i in., 2013).
- Skala aktywacji mizofonii (Fitzmaurice, G., dostępna online).
- Kwestionariusz mizofonii (Wu i in., 2014).
- S-Five (Silia i in., 2020).
- Kwestionariusz mizofonii Duke'a (Rosenthal i in., 2021).

Jakiego kwestionariusza użyć? Nie ma jeszcze dostępnego wystandaryzowanego kwestionariusza, a te istniejące wymagają walidacji, aby były przydatne klinicznie. Podjęto pewne próby: na przykład S-Five przyjęła procedurę walidacji. Dopóki nie istnieje standardowy kwestionariusz, zaleca się stosowanie więcej niż jednego i wraz z kwestionariuszem dotyczącym mizofonii stosowanie kwestionariuszy do oceny innych objawów dystresu, takich jak lęk.

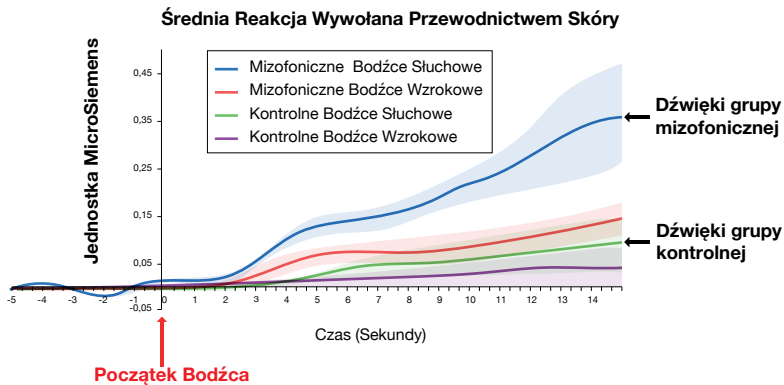
Pomiary fizjologiczne niezwiązane z mózgiem

Główną idea pomiarów fizjologicznych niezwiązanych z mózgiem jest to, że dźwięki wyzwalające powo-

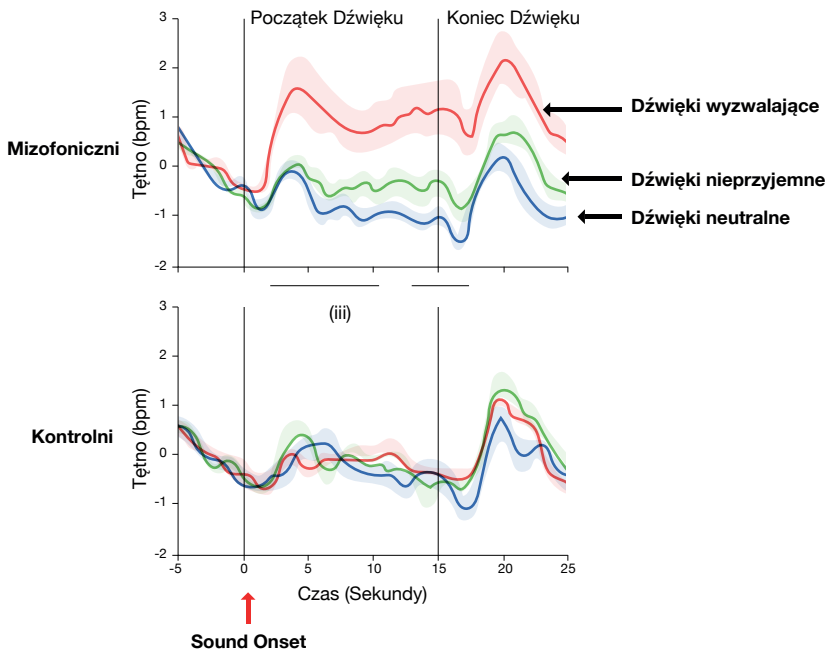
dują „pobudzenie” w ciele. Na przykład dźwięki wyzwalające mogą zwiększyć częstość akcji serca, a zmiany w częstości akcji serca można mierzyć za pomocą elektrokardiografu (EKG). Pobudzenie można również zmierzyć za pomocą odpowiedzi przewodnictwa skór nego, zwanej również galwaniczną odpowiedzią skórną (GSR). Chodzi o to, że pobudzenie powoduje silniejszą aktywność gruczołów potowych: człowiek pobudzony bardziej się poci, na przykład na dłoniach. Pot sprawia, że skóra jest bardziej „przewodząca”, co oznacza, że przepuszcza przez nią więcej prądu. Przewodność tę można zmierzyć, umieszczając dwie elektrody na dwóch palcach.

Pierwsze badanie, w którym zastosowano pomiar fizjologiczny niezwiązany z mózgiem opisał Edelstein i in. (2013). W tym badaniu wykorzystano szereg dźwięków, takich jak klikanie długopisem i odgłosy żucia. Dźwięki prezentowano zarówno grupie z mizofonią, jak i grupie kontrolnej, a także stosowano bodźce wzrokowe. Badanych poproszono o ocenę dystresu spowodowanego bodźcami słuchowymi i wzrokowymi, podczas gdy reakcja przewodnictwa skóry była mierzona w odpowiedzi na bodźce.

Osoby cierpiące na mizofonię oceniły te dźwięki jako bardziej niepokojące niż osoby z grupy kontrolnej (wykres słupkowy po prawej stronie). Wykazali oni również silniejszą reakcję przewodnictwa skóry na dźwięki w porównaniu z grupą kontrolną.



Kumar i in. (2017) zmierzili tętno i przewodnictwo skóry. Zastosowano trzy kategorie dźwięków: (1) Dźwięki wyzwalające; (2) Dźwięki nieprzyjemne; (3) Dźwięki neutralne. Dźwięki wyzwalające to dźwięki jedzenia/żucia; dźwięki nieprzyjemne są irytujące, ale nie wywołują reakcji mizofonicznej (np. płacz dziecka); dźwięki neutralne to dźwięki takie jak dźwięk deszczu. Dźwięki prezentowano osobom cierpiącym na mizofonię, a za pomocą rezonansu magnetycznego mierzone były przewodnictwo skóry i tętno w odpowiedzi na dźwięki.



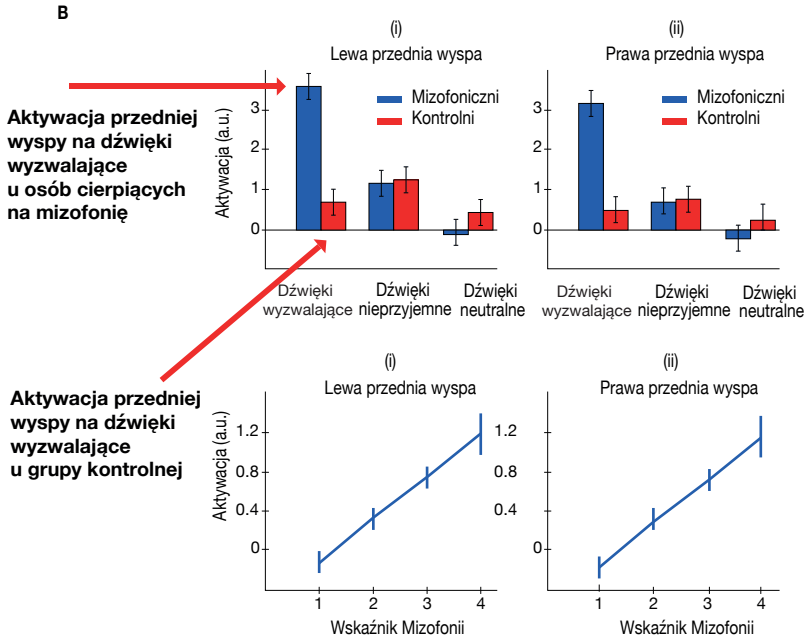
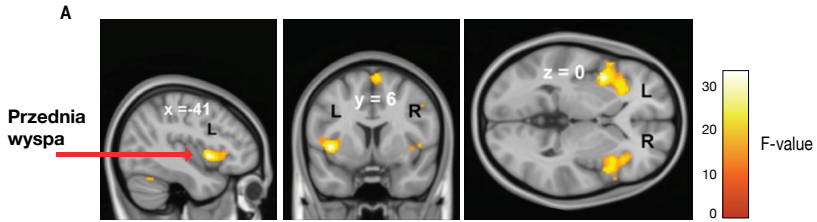
Na wstępie można postawić krótki wniosek, że dźwięki wyzwalające powodują zwiększenie częstości akcji serca i odpowiedzi przewodnictwa skórniego u osób cierpiących na mizofonię. Jest to zgodne z reakcją „walcz/uciekaj” opisywaną przez mizofoników. Zwiększone reakcje fizjologiczne (przewodnictwo skóry i częstość akcji serca) są zgodne z odczuwanym przez nich cierpieniem. W porównaniu z grupą kontrolną osoby dotknięte mizofonią nie wykazują zwiększonej reakcji fizjologicznej na dźwięki niebędące wyzwalaczami.

Pomiary fizjologiczne oparte na mózgu

Jakie obszary mózgu są zaangażowane w mizofonię? Początkowy model mizofonii autorstwa Jastreboffa i innych sugerował nieprawidłowe funkcjonowanie części mózgu odpowiedzialnej za przetwarzanie dźwięku. Kumar i in. (2017) z Newcastle University przeprowadzili pierwsze badanie obrazowania mózgu. Badanie oparto na funkcjonalnym obrazowaniu metodą rezonansu magnetycznego (fMRI). Wybrano trzy kategorie dźwięków (opisane wyżej): (1) dźwięki wyzwalające, (2) nieprzyjemne i (3) neutralne. Aktywność mózgu mierzono, gdy badani słuchali tych dźwięków i dwie grupy badanych brały w nich udział: osoby cierpiące na mizofonię i grupa kontrolna. Po każdym dźwięku badani oceniali również odczuwany niepokój.

Analiza danych wykazała, że osoby cierpiące na mizofonię doświadczały znacznie silniejszą aktywację w części mózgu zwanej przednią wyspą (łac. Anterior Insula) w porównaniu z grupą kontrolną (dane przedstawiono na kolejnym rysunku). Silniejsza aktywacja była specyficzna dla dźwięków wyzwalających. Nieprzyjemne i neutralne dźwięki wykazywały równe reakcje zarówno u osób cierpiących na mizofonię, jak i u osób z grupy kontrolnej.

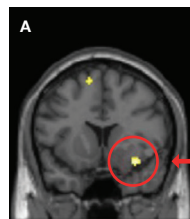
Część mózgu przetwarzająca dźwięki nie wykazywała innej aktywacji w porównaniu z grupą kontrolną. Oznacza to, że słuchowa część mózgu wykazuje „normalną” aktywację.



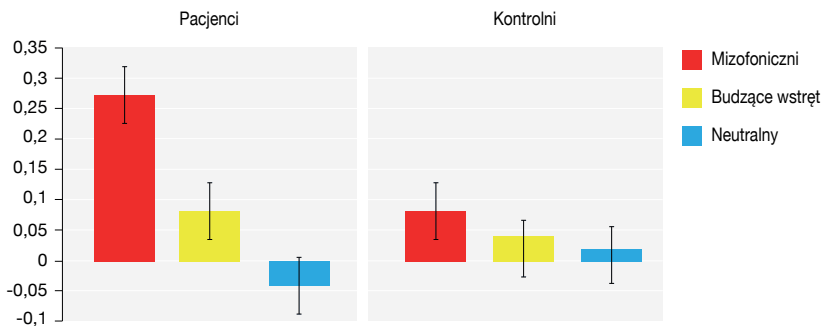
Inne badanie obrazowania mózgu przy użyciu fMRI zostało przeprowadzone przez Schrodera i in. (2019). Stosowanymi bodźcami były filmy, a nie dźwięki. Podobnie jak w badaniu Kumar i wsp. (2017), wykorzystali trzy kategorie filmów: (1) wyzwalające, (2) nieprzyjemne i (3) neutralne. Aktywność mózgu mierzono, gdy badani oglądali filmy, i brały w nich udział dwie grupy badanych: cierpiący na mizofonię i grupa kontrolna.

Analiza danych wykazała, że osoby cierpiące na mizofonię doświadczały silniejszej aktywacji w przedniej części wyspy w odpowiedzi na filmy wyzwalaające (dane na kolejnym rysunku). W badaniu zmierzono również tętno i wykazano zwiększone tętno u osób cierpiących na mizofonię podczas oglądania filmów wyzwalających. Część mózgu przetwarzająca dźwięk lub wzrok nie wykazywała innej aktywacji w porównaniu z grupą kontrolną. W związku z tym badanie potwierdziło ustalenia Kumara i in. (2017).

Prawa wyspa



Przednia wyspa



Aktywacja w przedniej wyspie w odpowiedzi na różne filmy

Oba badania fMRI pokazują, że przednia wyspa jest aktywowana przez dźwięki wyzwalające w mizofonii. Jaka jest rola przedniej części wyspy? Wiadomo, że jest zaangażowana w przetwarzanie emocji i kontroluje aktywność naszych narządów wewnętrznych, takich jak serce/płuca. W przypadku mizofonii wydaje się, że silniejsza aktywacja przedniej części wyspy napędza reakcje fizjologiczne (tętno i przewodnictwo skóry). Nie jest jasne, dlaczego dźwięki wyzwalające aktywują przednią wyspę u osób cierpiących na mizofonię. Potrzebne są dalsze prace, aby zrozumieć mózgowy mechanizm mizofonii.

Społeczne podłoże mizofonii

Do tej pory mizofonia jest uważana za zaburzenie przetwarzania dźwięku. Ale faktem jest, że dźwięk wyzwalający (trigger) zawsze pochodzi od innej osoby. Czy zatem mizofonia może mieć element społeczny?

W swojej nowszej pracy (Kumar i in., 2021) autorzy zaproponowali, że mizofonia powinna być rozumiana w ramach społecznych. Obszary mózgu zaangażowane w przetwarzanie bodźców społecznych (takich jak dźwięk od innej osoby) są bardzo różne w porównaniu do sytuacji, gdy dźwięk nie pochodzi od osoby. Wiadomo również, że przednia wyspa jest zaangażowana w przetwarzanie sygnałów społecznych. Fakt, że część mózgu przetwarzająca dźwięk w mizofonii reaguje normalnie i że przednia wyspa jest silnie aktywowana, sugeruje społeczne podłoże mizofonii.

Powszechnie wiadomo, że w przetwarzaniu sygna-

łów społecznych występuje mimikra. Mimikra oznacza „automatyczne” i nieświadome kopiowanie działań innych. Na przykład, jeśli patrzę jak przenosisz filiżankę z jednego miejsca do drugiego, to obszary mojego mózgu, które są zaangażowane w poruszanie mięśniami, aktywują się tak, jakbym to ja przesuwiał filiżankę. Oznacza to, że samo obserwowanie czynności lub słyszenie dźwięków wydawanych podczas czynności wystarczy, aby aktywować część mojego mózgu odpowiedzialną za poruszanie mięśniami.

Kumar i in. (2021) wykazali, że słuchowa część mózgu i część mózgu, która porusza mięśniami twarzy, są ze sobą silnie powiązane. Może być tak, że samo oglądanie lub słyszenie odgłosu żucia osoby wyzwalającej aktywuje część mózgu „poruszającą ustami”. Ta część jest również bardzo silnie aktywowana, gdy osoby cierpiące na mizofonię słyszą dźwięki wyzwalające. Niektórzy cierpiący na mizofonię automatycznie zaczynają naśladować działanie osoby wyzwalającej, a automatyczne naśladownictwo osoby wyzwalającej wskazuje na społeczne podłoże mizofonii. Kwestia ta wymaga jednak dalszych dowodów. Jeśli społeczne podstawy mizofonii są przyszlými dowodami, zmieni to sposób, w jaki rozumiemy mizofonię i jakie opcje leczenia należy rozważyć.

Diagnoza kliniczna i leczenie

Chociaż przedstawiono argumenty przemawiające za tym, że mizofonia jest zaburzeniem psychicznym, nie

jest ona wymieniona w żadnym neurologicznym/psychiatrycznym przewodniku klasyfikacyjnym, takim jak DSM-IV lub ICD-11. Obecnie nie ma standardowej procedury diagnozowania mizofonii. Laboratoria badawcze wykorzystują wywiady/kwestionariusze, aby sklasyfikować osobę jako mizofoniczną lub nie. Na przykład niektóre powszechnie używane kwestionariusze to:

- Amsterdam Misophonia Scale (Schroeder i in., 2013; Plos One)
- Amsterdam Misophonia Scale-Revised (Jagger i in., 2019; Plos One)
- Kwestionariusz mizofonii (Wu i in., 2014)

Metody leczenia, które są rozważane w przypadku mizofonii, można podzielić na trzy kategorie:

- 1) Sensoryczne
- 2) Farmakologiczne
- 3) Psychologiczne

W terapii sensorycznej zwraca się uwagę na modyfikację bodźców słuchowych. Na przykład najprostszą metodą jest blokowanie dźwięków przez umieszczenie urządzenia blokującego dźwięk, takiego jak nauszники lub słuchawki. Innym sposobem jest nie blokowanie, ale modyfikowanie dźwięków poprzez maskowanie ich np. „białym szumem”. W innej wersji dźwięki wyzwalające są prezentowane w połączeniu z neutralnymi/przyjemnymi dźwiękami, aby zmodyfikować reakcję emocjonalną.

Druga opcja leczenia jest farmakologiczna. Kiedy osoba cierpiąca na mizofonię zwraca się o pomoc do lekarza rodzinnego, czasami przepisywane są leki przeciwdepresyjne, anksjolityczne (przeciwłękowe) lub beta blokery. Leki te zmniejszają niepokój i reakcje emocjonalne na sytuacje stresowe, ale nie są specyficzne dla mizofonii i nie ma naukowej oceny skuteczności opcji sensorycznych lub farmakologicznych w przypadku mizofonii.

Trzecia opcja to terapia psychologiczna. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) wykazała bardzo zachęcające wyniki w przypadku mizofonii: ideą stojącą za CBT jest przeformułowanie i ponowne przemyślenie reakcji emocjonalnej z pomocą wyszkolonego psychiatry⁴.

Inne potencjalne metody leczenia, które nie zostały wypróbowane i ocenione, mogą być oparte na mózgu. Na przykład stymulacja określonego obszaru mózgu za pomocą przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS). W tej metodzie stymulacja jest przykładana do skóry głowy, aby włączyć lub wyłączyć obszar mózgu, aby zrozumieć jego rolę. Na przykład w mizofonii TMS może być ukierunkowany na przednią wyspę lub powiązane obszary mózgu.

Inną możliwością jest zastosowanie biofeedbacku lub neurofeedbacku. Dzięki tej metodzie podmiot jest szkolony w kontrolowaniu reakcji fizjologicznej ciała, takiej jak tętno (biofeedback) lub aktywności mózgu (neurofeedback). Dotychczas nie oceniono skuteczności obu tych metod w leczeniu mizofonii.

4 Zobacz rozdział 6 tej książki

Rozdział 3

Jak mizofonia wpływa na nasze życie osobiste i społeczne

Autorzy: Sonja Berko, Wolfgang Eisenreich, Engin Eker, Hjörtur H. Jónsson

Znaczenie życia społecznego jednostki

Życie społeczne jednostki jest niezwykle ważne dla jej ogólnego samopoczucia i szczęścia. Ludzie są istotami społecznymi i mają naturalne pragnienie łączenia się z innymi oraz tworzenia znaczących relacji. Oto kilka powodów, dla których życie społeczne jednostki jest tak ważne:

- *Wsparcie emocjonalne*: Nasze powiązania społeczne zapewniają nam wsparcie emocjonalne, gdy przechodzimy przez trudne chwile. Posiadanie przyjaciół i członków rodziny, którzy są przy nas, może pomóc nam poczuć się mniej samotnym i bardziej zdolnym do radzenia sobie z życiowymi wyzwaniami.
- *Poprawa zdrowia psychicznego*: Badania wykazały, że silne więzi społeczne mogą poprawić zdrowie

psychiczne i pomóc w zapobieganiu stanom, takim jak depresja i lęk. Kiedy czujemy się związani z innymi, bardziej prawdopodobne jest, że poczujemy się szczęśliwi i spełnieni.

- *Zwiększona odporność*: Ludzie z silnymi powiązaniem społecznymi są bardziej wytrzymali w obliczu przeciwności losu. Mają system wsparcia, na którym mogą polegać a także mogą liczyć na swoich przyjaciół i członków rodziny w trudnych czasach.
- *Korzyści dla zdrowia fizycznego*: Istnieją dowody sugerujące, że więzi społeczne mogą również przynosić korzyści dla zdrowia fizycznego. Na przykład osoby z silnymi więziami społecznymi są mniej narażone na choroby przewlekłe, takie jak choroby serca i demencja.
- *Rozwój osobisty*: Bycie częścią grupy społecznej może również pomóc nam rozwijać się jako jednostki. Uczymy się poprzez nasze interakcje z innymi oraz zdobywamy nowe pomysły i perspektywy, które mogą poszerzyć nasze horyzonty.

Funkcjonowanie społeczne nawiązuje do zdolności jednostki do efektywnej interakcji z innymi oraz do wypełnienia ról i obowiązków członka grupy społecznej. Odgrywa ono kluczową rolę w naszym samopoczuciu i jakości życia. Oto kilka powodów, dla których funkcjonowanie społeczne jest ważne:

- *Zdrowie psychiczne*: Funkcjonowanie społeczne może mieć znaczący wpływ na zdrowie psychiczne

jednostki. Brak wsparcia społecznego i znaczących relacji może prowadzić do poczucia izolacji, samotności i depresji.

- *Zdrowie fizyczne*: Wsparcie i sieci społeczne zostały powiązane z lepszymi wynikami w zakresie zdrowia fizycznego, takimi jak niższe wskaźniki chorób przewlekłych i śmiertelności.
- *Sukces zawodowy*: Umiejętność dobrej współpracy z innymi i skutecznego komunikowania się może prowadzić do sukcesu zawodowego i awansu.
- *Rozwój osobisty*: Interakcje społeczne zapewniają możliwości osobistego rozwoju, takie jak uczenie się nowych perspektyw i zdobywanie nowych umiejętności.
- *Zaangażowanie społeczne*: Funkcjonowanie społeczne pozwala jednostkom angażować się w swoje społeczności i mieć wpływ na sprawy oraz ruchy społeczne.

Funkcjonowanie społeczne jest zatem kluczowe dla naszego ogólnego samopoczucia i sukcesu w różnych aspektach życia. Umożliwia nam tworzenie znaczących relacji, łączenie się z innymi i wnoszenie wkładu w społeczeństwo.

Życie społeczne jednostki zapewnia wsparcie emocjonalne, poprawia zdrowie psychiczne i fizyczne, zwiększa odporność oraz pomaga w rozwoju. Dlatego należy pamiętać, że mizofonia jest realnym stanem, który może mieć znaczący wpływ na życie osobiste, codzienne i społeczne danej osoby. Edukowanie innych

na temat tej dolegliwości i jej skutków może pomóc zmniejszyć piętno i zwiększyć zrozumienie, prowadząc do bardziej włączających i wspierających środowisk społecznych.

Kontekst Społeczny w Mizofonii

W kontekście społecznym skutki mizofonii są niezwykle znaczące. Relacje, przyjaźnie, rodzicielstwo, szkoła, nauka, zatrudnienie i ogólny stan zdrowia podlegają dużym obciążeniom. Jeśli dana osoba jest ciężko dotknięta zaburzeniem, może to zmienić jej życie i mieć znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie osobiste i społeczne. Osoby z mizofonią są często źle rozumiane przez otoczenie. Wynika to z nieznamomości choroby i niezdolności innych do zrozumienia, co oznacza tak silna reakcja na niewinny dźwięk. Z tego powodu osoby mizofoniczne często czują się bezradne i cierpią w milczeniu.

Skutki mizofonii zależą w dużej mierze od ilości, występowania i zdolności unikania bodźców wyzwalających. Jeśli dana osoba jest rzadko narażona na dźwięki wyzwalające, mizofonia prawie nie ma wpływu na jej życie. W przeciwnym razie powoduje wielki niepokój i może obniżyć jakość życia. Osoby z mizofonią zgłaszają doświadczanie stanów związanych z lękiem, takich jak drażliwość, złość, niepokój, poczucie ucieczki, nietolerancja, napięcie, gotowość do reagowania. Ponadto zgłaszają doświadczanie stanów depresyjnych,

a mianowicie beznadziejności, pesymizmu, dezorientacji, nieszczęścia. Zgłaszane są również niepokojące bodźce fizyczne – pocenie się, przyspieszone bicie serca, skurcze mięśni, stres, wybuchy emocjonalne. Takie stany emocjonalne i fizjologiczne reakcje autonomiczne mogą sprawić, że osoby z mizofonią napotykają problemy w życiu codziennym, zwłaszcza w kontekstach społecznych.

Budowanie relacji i kontakty towarzyskie z innymi to działania, które jednostki wykonują, aby wyrazić siebie. Takimi aktami prawie zawsze kierują różne emocje. Oprócz aspektów emocjonalnych każde doświadczenie ma również kod poznawczy. Można zatem stwierdzić, że takie kody nie funkcjonują prawidłowo u osób z mizofonią. Kiedy są wyzwalane przez przeszkadzające dźwięki, nie mogą utrzymać poziomu reaktywności, jaki miałyby normalnie. Wyzwalacze te prowadzą do wrażliwego i pobudzonego nastroju, który naraża ich równowagę psychiczną na pogorszenie. Prowadzi to do konsekwencji w postaci wyobcowania ze środowiska społecznego, porywczności, nieumiejętności skupienia się na komunikatach relacyjnych oraz braku tolerowania napięć. Ponieważ osoby z mizofonią nie są w stanie skupić się na przekazach relacyjnych, tracą kontakt z drugą osobą i nie mogą skupić się na tym, co druga osoba mówi. Prowadzi to do postaw, takich jak niezrozumienie lub przesadna reakcja, ponieważ aktywowane są ich dysfunkcyjne wzorce poznawcze. Nieuniknione jest, że takie trudności w regulacji emocji powodują problemy w relacjach bliskich i społecznych.

Unikanie dźwięków wyzwalających jest często tym, co dyktuje przebieg życia osoby mizofonicznej i zwykle skutkuje ograniczeniami w funkcjonowaniu społecznym, a czasami nawet izolacją społeczną. Stwierdzono, że życie w odosobnieniu jest szkodliwe dla zdrowia.

Izolacja społeczna, znana również jako dystans społeczny lub samotność, może mieć różne skutki i przyczyny. Szczególnie wyróżnione są:

- *Problemy ze zdrowiem psychicznym*: Izolacja społeczna może prowadzić do problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak niepokój, depresja i stres.
- *Problemy ze zdrowiem fizycznym*: Osoby odizolowane społecznie są bardziej narażone na problemy ze zdrowiem fizycznym, takie jak choroby serca, nadciśnienie i otyłość.
- *Słaby sen*: Izolacja społeczna może zakłócić wzorce snu, prowadząc do bezsenności lub trudności z zasypianiem.
- *Nadużywanie substancji*: Izolacja społeczna może zwiększać ryzyko nadużywania substancji, takich jak alkohol lub narkotyki.
- *Pogorszenie funkcji poznawczych*: Izolacja społeczna jest powiązana ze spadkiem funkcji poznawczych, w tym wyższym ryzykiem demencji.
- *Obniżona jakość życia*: Izolacja społeczna może prowadzić do obniżenia jakości życia, ze zmniejszoną satysfakcją ze związków, pracy i ogólnych doświadczeń życiowych.

W trakcie badań nad zachowaniem osób z mizofonią w różnych warunkach środowiskowych zgłaszano różnice. Na przykład odnotowano znaczne pogorszenie więzi społecznych w kontekście pracy lub szkoły oraz w życiu społecznym. Z drugiej strony ograniczenie w kontekście środowiska domowego pozostawało mniejsze w porównaniu do otoczenia pracy lub szkoły. Można to wytłumaczyć tym, że w domu osoby z mizofonią mogą przełączyć się na swoje bezpieczne zachowania, aby uniknąć cierpienia bez żadnych poważnych konsekwencji. Jednak w kontekście społecznym, takim jak praca lub szkoła, zazwyczaj nie jest możliwe uniknięcie sytuacji związanej z niepokojącymi dźwiękami.

Osoby mizofoniczne mają tendencję do unikania kontaktów społecznych, unikania zatłoczonych środowisk i starają się być same. Jednak nawet gdy są same, z powodu zakłócającego postrzegania bodźców środowiskowych mogą stracić koncentrację i mieć trudności z zadaniami wymagającymi koncentracji umysłowej, takimi jak nauka, czytanie i praca.

Mizofonia w Życiu Codziennym

Życie z mizofonią może być trudne, ponieważ może ona w różny sposób wpływać na codzienne życie. Ofiarami są zarówno osoba cierpiąca, jak i najbliższe otoczenie. W wyniku mizofonii niektórzy mogą zostać odizolowani społecznie. Aby zminimalizować narażenie na dźwięki wyzwalające, osoby te mogą unikać sytuacji

społecznych lub interakcji z innymi. Może to prowadzić do poczucia samotności, depresji i niepokoju, a także poczucia odłączenia od innych.

Zobaczmy, jak mizofonia wpływa na włączanie i uczestnictwo jednostki w różnych sferach społecznych.

Zdrowie

Stres spowodowany mizofonią może prowadzić do objawów fizycznych, takich jak bóle głowy, podwyższone ciśnienie krwi i problemy trawienne. Może również zaostrzyć istniejące stany zdrowia psychicznego, takie jak lęk i depresja. Oczywiście każda osoba z mizofonią może inaczej reagować na dźwięk wyzwalający (trigger), który jest odpowiedzialny za mimowolną reakcję lub odruch.

Radząc sobie ze stresem wywołanym przez trigger w sytuacjach społecznych, ludzie są bardziej przytłoczeni uczuciami takimi jak beznadziejność, złość i bezradność, co ponownie powoduje, że wpadają w bardziej drażliwy nastrój. Kiedy czują się w ten sposób stają się jeszcze bardziej wrażliwi na wyzwalacze. Osoby z mizofonią mogą odczuwać intensywny niepokój, złość lub odrazę, gdy są wystawione na te dźwięki, i mogą dołożyć wszelkich starań, aby uniknąć sytuacji, w których mogą się z nimi spotkać.

Wraz ze wzrostem poziomu lęku wzrasta prawdopodobieństwo aktywacji reakcji obronnych. Osoby, u których reakcje są kontrolowane przez funkcje, takie

jak jedzenie czy oddychanie, chociaż rozumieją osoby mizofoniczne, to jednak nadal są zaniepokojone tą restrykcyjną sytuacją i zaczynają wycofywać się z zaangażowania w relacje z osobami z mizofonią.

Dlatego mizofonia może być związana z niektórymi objawami zaburzeń psychicznych (depresja, OCD, zaburzenia afektywne dwubiegunowe). Badacze zaobserwowali, że osoby z depresją i zaburzeniami lękowymi, z 60-70% nakładaniem się tych objawów, mają trudności z regulacją emocji, które powstają w wyniku wyzwalania. Jest to wzmacniane przez unikanie sytuacji społecznych lub wyzwalaczy społecznych, które skłaniają osobę do izolacji społecznej.

W 2017 roku eksperci ds. środowiska i hałasu przewidywali, że jeśli nie zostaną podjęte żadne działania, za dwadzieścia lat hałas będzie problemem środowiskowym o największym wpływie na zdrowie publiczne. Zanieczyszczenie hałasem powoduje między innymi brak snu i stres, a osoby z mizofonią często mają wysoki poziom stresu.

Rodzina

Życie z mizofonią może być trudne, ale posiadanie wspierającej rodziny może być istotnym czynnikiem w radzeniu sobie z tym schorzeniem. Rodziny mogą zapewnić bezpieczne i wspierające środowisko osobom mizofonicznym. Na przykład członkowie rodziny mogą unikać wydawania dźwięków wyzwalających lub po-

móc osobie radzić sobie, gdy są narażeni na te dźwięki. Mogą również oferować wsparcie emocjonalne i zrozumienie, co może mieć kluczowe znaczenie w radzeniu sobie ze stresem i lękiem, które często towarzyszą mizofonii.

Ważne jest, aby członkowie rodziny edukowali się na temat mizofonii, aby lepiej zrozumieć, przez co przechodzi ich ukochana osoba. Mogą dowiedzieć się o różnych dźwiękach wyzwalających i ich wpływie na osobę z mizofonią, a także o sposobach radzenia sobie z jej stanem. Członkowie rodziny mogą współpracować, aby stworzyć przyjazne dla dźwięku środowisko, na przykład używając materiałów dźwiękochłonnych lub białego szumu w celu zagłuszenia bodźców dźwiękowych.

W niektórych przypadkach doradztwo rodzinne może być korzystne zarówno dla osoby mizofonicznej, jak i dla jej rodziców i innych członków rodziny. Takie sesje doradcze mogą zapewnić przestrzeń do omówienia wyzwań związanych z życiem z mizofonią i opracowania strategii radzenia sobie z chorobą.

Kilka przydatnych wskazówek dla rodziców, które mogą zostać wykorzystane w celu wsparcia dziecka mizofonicznego:

- Ważne jest, aby zweryfikować doświadczenia i uczucia dziecka. Wysłuchać ich, gdy wyrażają swoją frustrację i pomóc im poczuć się wysłuchanymi i zrozumianymi.
- Współpracuj z dzieckiem, aby zidentyfikować konkretne dźwięki, które wywołują u niego mizofonię.

Kiedy już wiadomo, co wyzwała ich reakcję, można wspólnie znaleźć sposoby na zminimalizowanie narażenia na te dźwięki.

- W miarę możliwości ogranicz narażenie dziecka na dźwięki wyzwalające. Na przykład może być konieczne zmniejszenie częstotliwości rodzinnych posiłków lub utworzenie oddzielnego miejsca do jedzenia dla dziecka.
- Zapewnij dziecku bezpieczną przestrzeń, w której będzie mógł schronić się przed triggerami. Może to być cichy pokój lub para słuchawek z redukcją szumów.
- Pomóż dziecku rozwinąć umiejętności radzenia sobie z mizofonią. Może to obejmować ćwiczenia głębokiego oddychania, techniki relaksacyjne, medytację lub znalezienie wsparcia doradczego w terapii poznawczo-behawioralnej.
- Poinformuj członków rodziny, nauczycieli i przyjaciół o mizofonii dziecka. Może to pomóc im zrozumieć i lepiej wspierać potrzeby tej osoby.

Pamiętaj, że mizofonia może być trudnym stanem do życia, a znalezienie strategii, które działają dla Twojego dziecka, może zająć trochę czasu. Bądź cierpliwy, wspierający i chętny do pracy z dzieckiem.

Środowisko szkolne

Szkoła to środowisko, w którym można napotkać różne rodzaje bodźców. Mogą stwarzać bardzo trud-

ne sytuacje dla osób o cechach mizofonicznych. Bez względu na to, jak ostrożni są nauczyciele w spełnianiu wymagań środowiska edukacyjnego, cechy mizofoniczne uniemożliwiają pełnego wykorzystania niezbędnej uwagi, skupienia i kreatywności. Gdy zdolności umysłowe uczniów mizofonicznych są w pewnym stopniu ograniczone, utrzymanie sukcesów w nauce staje się trudne, co z kolei prawdopodobnie doprowadzi do niższych ocen w szkole.

Rola szkół podstawowych i ponadpodstawowych w kształtowaniu umiejętności socjalizacyjnych uczniów jest niepodważalna. Uczniowie z mizofonią mogą zacząć oddalać się od środowiska społecznego i zajęć szkolnych, przez co prawdopodobnie będą odnosić mniejsze sukcesy i wycofywać się społecznie. Uczniowie, którzy nie korzystają z możliwości edukacyjnych i społecznych oraz którzy nie mogą w nich uczestniczyć, nawet jeśli chcą, nie są w stanie osiągnąć wielu korzyści psychicznych i społecznych, które są rezultatem procesu edukacyjnego.

Stworzenie społecznie świadomego środowiska szkolnego dla osób mizofonicznych może pomóc złagodzić negatywny wpływ niektórych dźwięków na ich naukę i samopoczucie. Wdrażając tak zwane środki wsparcia społecznego, szkoła może stworzyć środowisko świadome społecznie dla uczniów i studentów mizofonicznych oraz promować pozytywne i integracyjne doświadczenie edukacyjne dla nich wszystkich. Oto parę sugestii:

- *Zapewnij bezpieczną przestrzeń*: Stwórz cichą przestrzeń lub pokój, do którego uczniowie mogą się udać, jeśli czują się przytłoczeni pewnymi dźwiękami. Przestrzeń ta powinna być miejscem, w którym będą mogli zrelaksować się i odpocząć od hałasu.
- *Edukuj uczniów i pracowników*: Edukuj uczniów i personel na temat mizofonii oraz potencjalnych czynników wyzwalających. Może to pomóc w budowaniu świadomości i zrozumienia wśród społeczności szkolnej.
- *Wdrażaj środki ograniczające hałas*: Używaj materiałów dźwiękochłonnych w salach lekcyjnych i częściach wspólnych. Może to obejmować stosowanie dywanów, zasłon i paneli akustycznych do pochłaniania dźwięku.
- *Unikaj dźwięków wyzwalających (triggerów)*: Unikaj używania w klasie dźwięków wyzwalających, takich jak żucie gumy, klikanie długopisem, stukanie palcami itp.
- *Zmodyfikuj zajęcia w klasie*: Dostosuj zajęcia w klasie, aby zmniejszyć potencjalne dźwięki wyzwalające. Na przykład używaj słuchawek do oglądania filmów lub do zadań na słuchanie.
- *Stwórz wspierające środowisko*: Twórz wspierające środowisko, zachęcając uczniów do zwracania uwagi na potrzeby innych i proszenia o pomoc w razie potrzeby.
- *Zapewnij doradztwo szkolne*: Stwórz dostęp do usług doradczych uczniom, którzy zmagają się z mi-

zofonią. Może to pomóc im w opracowaniu strategii radzenia sobie i zarządzaniu emocjami.

Środowisko pracy

Mizofonia może wpływać na zdolność koncentracji w pracy, zwłaszcza w biurze na planie otwartym, w którym wiele osób wydaje dźwięki wyzwalające. Może to mieć wpływ na produktywność i sukces zawodowy oraz może powodować dodatkowy stres i niepokój. Dla osób z mizofonią radzenie sobie z triggerami w miejscu pracy może być bardzo trudne. Jeśli takie osoby mają trudności z radzeniem sobie w środowisku pracy, można wypróbować kilka strategii:

- *Używaj słuchawek redukujących szumy:* Używanie takich słuchawek może pomóc zredukować wpływ dźwięków wyzwalających, szczególnie jeśli zadanie wymaga koncentracji uwagi.
- *Poproś o udogodnienia:* W zależności od nasilenia mizofonii, jako pracownik możesz zażądać rozsądnych udogodnień, takich jak jednoosobowe biuro, zmiana godzin pracy lub zmodyfikowany harmonogram pracy.
- *Ćwicz dbanie o własne zdrowie:* Radzenie sobie ze stresem jest ważne dla osób z mizofonią, ponieważ stres może nasilać objawy. Możesz rozważyć włączenie do swojej codziennej rutyny technik radzenia sobie ze stresem, takich jak medytacja lub joga.

- *Edukuj swoich współpracowników:* Pomocne może być poinformowanie współpracowników o twoim stanie i wyjaśnienie, w jaki sposób niektóre dźwięki mogą wywoływać intensywne reakcje emocjonalne. Może to pomóc w stworzeniu bardziej sprzyjającego środowiska pracy, w którym ludzie będą świadomi twojego zachowania.
- *Skorzystaj z profesjonalnej pomocy:* Jeśli mizofonia znacząco wpływa na twoją zdolność do pracy lub wpływa na twoje zdrowie psychiczne, pomocne może być zwrócenie się o profesjonalną pomoc do terapeuty lub doradcy specjalizującego się w leczeniu tego schorzenia.

Radzenie sobie z mizofonią w pracy będzie wymagało połączenie strategii dostosowanych do konkretnych potrzeb danej osoby. Znalezienie najskuteczniejszego podejścia może zająć trochę czasu oraz wiele prób i błędów, ale dzięki wytrwałości i wsparciu możliwe jest znalezienie sposobów radzenia sobie z objawami i odniesienia sukcesu w karierze zawodowej.

Relacje

Mizofonia może również obciążać relacje z przyjaciółmi, zwłaszcza jeśli nie są oni świadomi tego stanu. Może powodować, że osoba unika pewnych czynności lub sytuacji społecznych, co może prowadzić do poczucia izolacji i samotności. Jako taka, mizofonia może

mieć znaczący wpływ na przyjaźnie, ponieważ może utrudniać osobie z mizofonią spędzanie czasu z przyjaciółmi wydającymi dźwięki wyzwajające, które mogą prowadzić do uczucia frustracji, a nawet złości.

Na przykład, jeśli ktoś ma mizofonię wywołaną dźwiękiem żucia, może mieć trudności ze spożywaniem posiłków z przyjaciółmi. Osoby te mogą unikać sytuacji towarzyskich związanych z jedzeniem lub odczuwać potrzebę nagłego wyjścia, gdy ktoś zaczyna głośno żuć. Takie zachowanie może być postrzegane jako niegrzeczne lub zdystansowane, powodujące napięcie w przyjaźni.

Podobnie, jeśli dźwięk stukania lub klikania wywołuje u danej osoby stres czy napięcie, osoba ta może mieć trudności ze spędzaniem czasu z przyjaciółmi, którzy wiercą się lub używają elektroniki z dźwiękiem. Może to utrudniać wspólne wykonywanie czynności, takich jak oglądanie filmu lub granie w gry.

Takie sytuacje mogą tworzyć bariery w kontaktach towarzyskich i tworzeniu więzi z przyjaciółmi. Ważne jest, aby pamiętać, że to nie jest wina osoby mizofonicznej i że nie stara się ona być trudna ani niegrzeczna. Wyrozumiali i przychylnie nastawieni przyjaciele mogą pomóc złagodzić negatywny wpływ mizofonii na ich relacje.

Dla Społecznie Świadomego Środowiska Mizofonii

Pomimo wyzwań, przed którymi mogą stanąć osoby mizofoniczne w środowiskach społecznych, ważne

jest uznanie ich wartości i wkładu w społeczności. Jak wszyscy inni, osoby mizofoniczne mają wyjątkowe talenty, zainteresowania i perspektywy, które wzbogacają warstwę społeczną. Ważne jest również, aby uznać, że mizofonia jest realnym i uzasadnionym stanem, oraz pracować nad tworzeniem bardziej włączających i przyjaznych środowisk społecznych. Może to obejmować podnoszenie świadomości na temat mizofonii i jej wpływu, edukowanie innych, jak unikać dźwięków wyzwających lub modyfikować ich zachowanie, a także opowiadać się za dostosowaniem w miejscach publicznych, takich jak szkoły, miejsca pracy i transport publiczny.

Wykluczenie społeczne może mieć znaczący wpływ na osoby z mizofonią, ponieważ może zaostrzyć ich objawy. Może to wywołać uczucie stresu i niepokoju u każdego, ale może być szczególnie trudne dla osób z mizofonią. Narażenie na dźwięki wyzwające może prowadzić do intensywnej reakcji fizycznej i emocjonalnej, którą może zaostrzyć stres związany z poczuciem wykluczenia z sytuacji społecznych. W związku z tym osoby cierpiące na mizofonię mogą mieć trudności z nawiązaniem i utrzymaniem bliskich relacji ze względu na swój stan. Ten rodzaj wykluczenia społecznego może prowadzić do poczucia izolacji i osamotnienia, co może być dla nich szczególnie trudne. Mizofonia może mieć znaczący wpływ na jakość życia człowieka, a negatywny aspekt wykluczenia społecznego może ją jeszcze pogorszyć.

Znaczenie osób mizofonicznych w środowisku społecznym polega na ich człowieczeństwie i prawie do

pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, wolnym od zbędnych barier i stygmatyzacji. Akceptując różnorodność i promując włączanie, możemy stworzyć bardziej żywy i pełen współczucia świat dla wszystkich.

Nie bez powodu wierzymy, że środowisko społecznie świadome mizofonii będzie bez wątpienia w nadchodzącej przyszłości kierowane w stronę środowiska włączającego społecznie, które może być przyjazne dla osób z mizofonią. Tworzenie go wiąże się ze zrozumieniem ich potrzeb i jak największym ich uwzględnieniem. Wymaga wspólnego wysiłku między osobami z tą chorobą i tymi bez. Pracując razem i pamiętając o wzajemnych potrzebach, możliwe jest stworzenie bardziej włączającego i wspierającego środowiska dla wszystkich.

Rozdział 4

Radzenie sobie z Mizofonią w Edukacji

Autorzy: Małgorzata Byzia, Teresa Giovanna Crisci, Mariagrazia Inglese, Manuel Perez Baena, Idil Merey, María D. Jiménez Asencio

Mizofonia jest ciężkim zaburzeniem, jeśli chodzi o formalne i nieformalne konteksty edukacyjne. Wczesne lata w szkole mogą być szczególnie trudne, ponieważ trzeba dzielić przestrzeń z innymi w środku i na zewnątrz. Odkrycie, że ma się mizofonię i próba pogodzenia się z nią może być dla uczniów obcym i dezorientującym doświadczeniem, ponieważ zaburzenie jest wciąż całkiem nieznanne.

Żyjemy w świecie, który nie do końca rozumie, czym jest mizofonia. Większość ludzi wciąż nie wie, że owe schorzenie istnieje lub ma nazwę. Świadomość istnienia takiego zaburzenia oznacza teraz dla nauczycieli i rodziców chodzenie ramię w ramię i ułatwianie życia uczniom mizofonicznym.

W tym podręczniku podane są wskazówki nie tylko dotyczące samego zaburzenia, ale także tego, jak identyfikować uczniów mizofonicznych. Specjaliści

przekazali informacje o zaburzeniu, a poprzez obserwacje i testy prowadzone przez nauczycieli w szkołach i na uczelniach sporządzono listę łagodzących adaptacji dla przyjaznego środowiska mizofonicznego. Niniejszy podręcznik jest zatem punktem wyjścia dla szkół, w których włączanie jest koniecznością.

Formalne konteksty edukacyjne i mizofonia

Każda osoba z mizofonią jest inna. Dzieci z mizofonią mogą mieć cięższe lub mniej poważne reakcje na trigger o różnych porach dnia i w zależności od różnych środowisk. Znajduje to odzwierciedlenie w ich codziennym zachowaniu w klasie i może negatywnie wpływać na ich interakcje z rówieśnikami i nauczycielami.

Biorąc pod uwagę, z czym borykają się uczniowie mizofoniczni w szkole i jak ważne jest dla nich i dla pozostałych uczniów włączanie, szkoły najprawdopodobniej staną przed następującymi problemami:

- nauczyciele mają do czynienia z nieznanym zaburzeniem, dlatego konieczne jest szkolenie i porady specjalistów;
- większość uczniów nie jest diagnozowana, więc ich zachowanie może zostać źle zrozumiane;
- brak środowiska sprzyjającego współpracy z resztą środowiska edukacyjnego może utrudnić pracę nauczyciela w przypadku kontaktu z uczniem mizofonicznym.

Według badań dzieci napotykalające dźwięki mizofoniczne mogą wykazywać następujące objawy:

- mogą zakrywać uszy;
- mogą doświadczać zmian nastroju takich jak złość, strach lub przytłoczenie w odpowiedzi na dźwięki, których inne dzieci nawet nie zauważają;
- mogą odczuwać chęć opuszczenia określonych miejsc;
- mogą mieć tendencję do unikania określonych miejsc, w których występują dźwięki mizofoniczne;
- może wystąpić samoizolacja.

Objawy te mogą być źle rozumiane w szkołach, dlatego bardzo ważne jest, aby nauczyciele byli świadomi, że mogą one być związane z mizofonią.

Jeśli chodzi o samoizolację, należy zaznaczyć, że uczniowie mizofoniczni mają tendencję do izolowania się, aby uniknąć dźwięków, które mogą być stresujące. W tym sensie pora obiadowa, przerwy, podczas których uczniowie zbierają się na śniadanie, zabawę lub po prostu siedzą i rozmawiają, mogą być bardzo stresującym czasem dla mizofonicznego ucznia. Niemniej jednak, czasami wspólne obszary mogą, co dziwne, być również przyjazne dla osób mizofonicznych. Wspólne obszary mogą również maskować dźwięki wyzwalaające. Tak więc, obserwując uczniów, którzy mogą być mizofoniczni, nauczyciele i rodzice powinni rozważyć klasę jako najlepsze środowisko do zbierania informacji

na temat zachowań i postaw, które mogą przypominać syndrom mizofoniczny.

Zachowanie ucznia mizofonicznego lub to, co można uznać za niewłaściwe zachowanie, wymaga pewnej reinterpretacji. Nauczyciele i rodzice, obserwując dziecko z mizofonią, mogą początkowo negatywnie ocenić postawę dziecka, ale ponowne przemyślenie tego, co robi, świadomość tego, co dzieje się z osobą mizofoniczną w kontakcie z triggerami, z pewnością utwierdzi dorosłych w przekonaniu, że to, co wydaje się być złym zachowaniem jest w rzeczywistości tylko reakcją próbującą poradzić sobie z tym, co dzieje się w mizofonicznym mózgu i ciele. Ostatnie badania sugerują, że mizofoniczny mózg błędnie interpretuje dźwięki jako toksyczne lub groźne i uruchamia system przetrwania, lepiej znany jako reakcja „walcz uciekaj”. Tak więc może wydawać się, że uczniowie z mizofonią mogą mieć problemy z zachowaniem; jednak może to być po prostu ich reakcja na gniew wywołany przez dźwięki mizofoniczne.

Rozumiemy więc jasno, że mizofonia to nie tylko niewłaściwe zachowanie, to syndrom, który może wpływać na koncentrację i pamięć, co może również mieć odzwierciedlenie w zdolności skupienia się na nauce. Uczniowie mogą odczuwać znaczne objawy zmęczenia z powodu wysokiego stanu pobudzenia i reakcji „walcz uciekaj”. Wyzwalacze mogą wywoływać różne reakcje w zależności od osoby i tego, jak dobrze radzi sobie w danym dniu. Dziecko może reagować fizycznie, np. bujając się, zakrywając uszy, garbiąc się na krześle,

gwałtownie opuszczając salę. Uczniowie mogą również doświadczać niepokoju czy lęku. Nauczyciele i rodzice muszą być świadomi, że sala lekcyjna może być środowiskiem wrogiem dla uczniów mizofonicznych, ponieważ cisza wymagana na lekcjach może wzmacniać i wyzwać triggery. Tacy uczniowie mogą odczuwać potrzebę opuszczenia klasy i w konsekwencji mogą poprosić o wyjście, w celu zmniejszenia swojego niepokoju. Nie trzeba dodawać, że w dniu egzaminu lub podczas przystępowania do testów uczniowie z mizofonią mogą cierpieć i nie osiągać najlepszych wyników. Niepowodzenie może spowodować niepokój i lęk.

Poza tym aktywny udział w zajęciach pozalekcyjnych może być utrudniony dla uczniów cierpiących na mizofonię. Będą starali się unikać czynności, które sprawiają, że zetkną się z dźwiękami wyzwalającymi. Tak więc szkolne wycieczki również mogą być dla nich obciążeniem. Jest szansa, że nie będą czuć się komfortowo w autobusach szkolnych, kinach, teatrach itp. Uczniowie mizofoniczni, podobnie jak uczniowie z innymi niepełnosprawnościami i zaburzeniami, również mogą doświadczać nękania. Analiza zachowań uczniów i prześladowców może pomóc nauczycielowi uświadomić sobie problem, umożliwiając mu obserwację i wykrycie, co w rzeczywistości może być wywołane przez mizofonię. Wielu uczniów mizofonicznych może w końcu nie brać udziału w żadnych zajęciach pozalekcyjnych. Szkoła może stać się ich najbliższym wrogiem, jeśli nauczyciele i rodzice nie będą współpracować ze specjalistami, w celu ułatwienia im życia szkolnego.

Dlatego nauczyciele i rodzice muszą zacząć zastanawiać się, co można zrobić, aby szkoły i uniwersytety stały się lepszym miejscem dla uczniów mizofonicznych. Poniżej zamieszczono kilka wykresów, które pomogą zidentyfikować zachowania, które mogą należeć do uczniów mizofonicznych.

Wykresy obserwacyjne do wykrywania uczniów mizofonicznych

Jak już wspomnieliśmy, mizofonia jest nieznanym zaburzeniem i konieczna jest porada specjalisty. Poza aplikacją mobilną *Misophonia@School*, skorzystanie z poniższych wykresów może pomóc nauczycielom zwrócić uwagę na ucznia mizofonicznego w klasie. Nauczyciele mogą jedynie obserwować, czy któraś z reakcji przedstawionych na wykresach jest częsta u ich uczniów. Jeśli tak, konieczne będzie skorzystanie z porady eksperta.

Typowe reakcje na triggerzy u osób mizofonicznych

Triggery	Dźwięki wydawane ustami (żucie, siorbanie, chrupanie)	Kołysanie nogą Kiwanie, potrząśnięcie stopą	Strzelanie stawami	Pociąganie lub pocieranie nosa	Stukanie	Klikanie długopisem
Reakcje						
Zaburzenia nastroju						
Utrata uwagi						
Pocenie się lub przyspieszone bicie serca						
Napięcie lub ucisk mięśni w całym ciele						
Reakcja 'walczyć – uciekać' (lęk lub panika)						
Przemoc fizyczna lub słowna						
Zatykanie uszu						
Placz, krzyki, wydawanie głośnych dźwięków						

Mniej powszechne reakcje na triggerzy u osób mizofonicznych

Triggerzy	Szelest papieru lub tkaniny	Tykanie zegarów	Obcinanie lub piłowanie paznokci	Dźwięk stukania szklank lub sztućców	Kręcenie włosów	Dźwięki zwierząt lub nucia
Reakcje						
Zaburzenia nastroju						
Utrata uwagi						
Pocenie się lub przyspieszone bicie serca						
Napięcie lub ucisk mięśni w całym ciele						
Reakcja 'walcz – uciekaj' (lęk lub panika)						
Przemoc fizyczna lub słowna						
Zatykanie uszu						
Płacz, krzyki, wydawanie głośnych dźwięków						

Nieformalne konteksty edukacyjne: wskazówki i porady

W kontekstach edukacji nieformalnej uczniowie mizofoniczni (jak wspomniano wcześniej w przypadku aktywności pozalekcyjnych) mogą unikać brania udziału w zajęciach. Aby pomóc takim dzieciom, rodzice i wychowawcy mogą skorzystać z następujących wskazówek:

- Reaktywność jest często niższa podczas chodzenia lub uprawiania sportu, dlatego należy wziąć pod uwagę aktywność obejmującą chodzenie i uprawianie sportu.
- Unikanie określonych miejsc, w których występują dźwięki wyzwalające (triggery).
- Dzieci mizofoniczne należy zachęcać do zajęć i hobby poza szkołą, jeśli nie ma zajęć szkolnych, w które dziecko chciałoby się zaangażować.
- Nie zmuszaj dziecka mizofonicznego do kontynuowania czynności, jeśli staje się ona zbyt stresująca; pamiętaj, im niższy ogólny stres dziecka, tym łatwiej jest radzić sobie z mizofonią.
- Pociesz dziecko, jeśli czuje się pominięte i rozważ zorganizowanie czegoś, co możecie zrobić razem tego dnia, na przykład wizyty w zoo lub innej aktywności, którą uznacie za odpowiednią.

Strategie edukacyjne dla uczniów mizofonicznych

Traktując mizofonię jako stan charakteryzujący się impulsywną awersyjną reakcją fizyczną w postaci iry-

tacji, złości lub wstrętu na określone, powtarzające się bodźce, nauczyciele powinni być świadomi takich reakcji i zastanowić się, co może się wydarzyć w klasie z wykrytym uczniem mizofonicznym. W związku z tym powinni strategicznie przestawiać meble w klasie lub planować działania sprzyjające mizofonii (poruszanie się po klasie podczas zajęć grupowych lub indywidualnych, a nawet ćwiczenia metodą Total Physical Response podczas nauki języka) na każdej lekcji, które mogłyby pomóc uniknąć wzmocnienia triggerów, tak aby uczniowie czuli się włączeni.

Tak więc nauczyciele najpierw obserwują uczniów, a następnie planują odpowiednie strategie stawienia czoła i przezwyciężenia problemów, które już wystąpiły lub mogą wystąpić, umożliwiając powodzenie procesu nauczania/uczenia się. Wykresy w powyższym akapicie mogą pomóc nauczycielom zweryfikować, czy zachowania lub reakcje ich uczniów można rozpatrywać w zakresie zaburzenia mizofonicznego. Przy pomocy specjalisty oraz rodziny ucznia należy dokładnie zaplanować proces nauczania/uczenia się, aby uniknąć odcinania się uczniów mizofonicznych od szkoły z powodu ciągłego niepokoju i niepowodzeń, które są konsekwencją tego, co dzieje się z takim uczniem w czasie bez uświadomienia sobie problemu i przezwyciężenia go.

Jak wspomniano powyżej, uczniowie z mizofonią mogą mieć problemy, takie jak zaburzenia koncentracji podczas nauki lub wykonywania pracy, izolacja i wyobcowanie z pewnych środowisk oraz ograniczona zdolność komunikowania się z innymi. Jeśli nauczyciel

zaobserwował reakcje, takie jak ucisk w klatce piersiowej, sztywność mięśni, przyspieszenie akcji serca, podwyższona temperatura ciała i pocenie się dłoni lub którejkolwiek z reakcji wymienionych powyżej, powinien je załagodzić. Wiele badań wykazało, że istnieje bezpośredni i znaczący związek między mizofonią a lękiem u uczniów. Kiedy nauczyciele zaobserwowali uczniów i zdali sobie sprawę, że ich uczeń może być mizofoniczny ze względu na reakcję fizyczną lub psychiczną, następnym krokiem jest przyjęcie (jak wspomniano powyżej) właściwych strategii, technik, manier i zachowań, które pozwolą na to aby uczeń się uspokoił.

Mizofonia jest chorobą przewlekłą, której początek najczęściej opisuje się w dzieciństwie. Nauczyciele mogą więc obserwować reakcje mizofoniczne u uczniów w bardzo młodym wieku. Nie ma pewności co do możliwości dziedziczenia mizofonii, mimo że kilku chorych zidentyfikowało ten stan u innego członka rodziny. Wiedza ta wywodzi się jednak z wczesnych badań, których interpretacja wymaga ostrożności, dlatego obserwacja nauczycieli ma fundamentalne znaczenie. Dzięki temu oraz ze wsparciem medycznym można opracować odpowiednie strategie radzenia sobie z mizofonią.

Strategie radzenia sobie przyjęte przez uczniów z tym zaburzeniem niekoniecznie obejmują unikanie (usuwanie siebie z pewnych sytuacji) lub inne społecznie dysfunkcyjne zachowania, takie jak rzucanie wyzwania innym ludziom, aby powstrzymać ich od wydawania dźwięków lub naśladowanie w celu „wyeliminowania”

dźwięku wyzwalającego. Ważne jest to, że uczniowie z mizofonią skupiają się na pozytywnych uczuciach i własnych dźwiękach, dlatego wewnętrzne dialogi zostały uznane jako przydatne techniki radzenia sobie z objawami mizofonii, a także pomagające tym uczniom wykonywać czynności, które pozwolą uniknąć wzmacniania dźwięków wyzwalających. Niemniej jednak rodzice i nauczyciele również powinni koncentrować się na wzbudzaniu pozytywnych uczuć.

Jak mogą powstać pozytywne uczucia? Co mogą zrobić nauczyciele? Oto kilka wskazówek dla nauczycieli, jak przezwyciężyć mizofoniczne reakcje uczniów:

- Pozwól dzieciom początkowo opuścić obszar, w którym rozlega się dźwięk wyzwalający. Daj uczniowi kolorową kartkę, dzięki której będzie mógł opuścić salę bez wyjaśnienia. Powinno to trwać tylko przez krótki czas, aby wychodzenie z klasy nie stało się nawykiem, a krótką przerwą na wzięcie głębokiego oddechu i skupieniu się na pozytywach. Szkoła może mieć specjalne miejsce dla uczniów mizofonicznych z miękkimi zabawkami lub określonymi kolorami w celu zmniejszenia niepokoju.
- Nauczyciele i rodzice powinni tłumaczyć dzieciom, że dźwięki wyzwalające trwają bardzo krótko i prosić je o skupienie się na oddychaniu.
- Jeśli ktoś wydaje dźwięki wyzwalające, nauczyciel, który obserwuje ucznia mizofonicznego i jest świadomy jego potencjalnej reakcji, może grzecznie poprosić tę osobę o zaprzestanie.

- Dzieci należy uczyć odwracania myśli i odwracania uwagi od danego dźwięku.
- Pozwól dzieciom przynieść coś, co wywołuje pozytywne emocje (np. zabawkę itp.).
- Podczas pracy pozwól uczniom korzystać z zatyczek do uszu, słuchać ulubionych piosenek w słuchawkach lub korzystać z generatorów białego szumu czy dźwięku.
- W zależności od tego, jak poważne jest zaburzenie, testy i egzaminy można przeprowadzić w oddzielnym pomieszczeniu.
- Dostosuj środowisko szkolne lub klasowe do potrzeb uczniów, na przykład dzieci z mizofonią są bardzo wrażliwe na niektóre kolory, takie jak niebieski lub zielony, które wydają się być dla nich kojące.
- Nie zmuszaj ucznia do pozostania na zajęciach, jeśli staje się to dla niego zbyt stresujące.
- Unikaj używania tablicy na kredę, lepiej użyj tablicy interaktywnej.
- Staraj się używać jak najwięcej technologii podczas lekcji, aby uniknąć papieru i długopisów.
- Na wycieczkach szkolnych, jeśli to możliwe, zorganizuj dziecku alternatywny dojazd (choć nie zawsze jest to możliwe, tj. odwożenie dziecka przez rodziców i spotkanie z resztą grupy).
- Często pomocna jest dla dziecka wizyta u pedagoga szkolnego.

CZĘŚĆ DRUGA

WSPIERANIE I LECZENIE LUDZI Z MIZOFONIA

Rozdział 5

Mizofonia a Zaburzenia Współistniejące

*Autorzy: Yanyan Shan, Marta Siepsiak,
Rachel E. Guetta oraz
M. Zachary Rosenthal*

Wiele osób pyta, czy mizofonia jest związana z pewnymi problemami ze zdrowiem psychicznym. Trudno powiedzieć na pewno, ponieważ badania dotyczące tego pytania rozpoczęto mniej niż 10 lat temu. Ale jest kilka rzeczy, które można powiedzieć na podstawie dostępnych badań, które zostały opublikowane. W tym rozdziale przedstawiamy krótki przegląd odkryć naukowych dotyczących niektórych najczęściej badanych zaburzeń i problemów, które mogą współwystępować z mizofonią. Chociaż większość badań na ten temat przeprowadzono, pytając uczestników, czy zdiagnozowano u nich wybrane objawy lub zaburzenia, skupiamy się głównie na badaniach, w których zastosowano ustrukturyzowane wywiady i bardziej rygorystyczne metody.

Mizofonia a zaburzenia lękowe

Istnieje wiele badań na temat związku objawów lękowych z mizofonią. Grupa badawcza z Amsterdamu odkryła, że 9% dorosłych z mizofonią miało współistniejące zaburzenie lękowe (Jager i in., 2020). Jednak w jednym z badań, które przeprowadziliśmy na Duke University, problemem najbardziej związanym z mizofonią był niepokój. Podobnie w badaniu przeprowadzonym na Uniwersytecie Warszawskim zespół lęku napadowego był drugim co do częstości występowania wśród osób cierpiących na mizofonię (Siepsiak i in., 2022). Chociaż osoby z mizofonią doświadczają szeregu emocji (np. złości, wstrętu, irytacji), uczucie niepokoju jest powszechne. W przypadku napotkania wyzwalaczy mizofonicznych ciało może przejść w reakcję ucieczki lub walki, wywołując niespokojne pobudzenie, które działa w celu mobilizacji do ucieczki lub zachowań konfrontacyjnych. Przewidując atak paniki lub złości, osoby z mizofonią często stają się pobudzone, targają nimi silne emocje, obserwują otoczenie i ich myśli skupiają się na byciu prowokowanym.

Mając to na uwadze, powszechne występowanie lęku w tej populacji wydaje się mieć sens. W Rosenthal i in. (2022), 57,7% badanej próby spełniało pełne kryteria co najmniej jednego zaburzenia lękowego w momencie przeprowadzania wywiadu. Dwa z najczęściej diagnozowanych zaburzeń lękowych to fobia społeczna (SAD; 31%) i zaburzenie lękowe uogólnione (GAD; 25%). Jednak analizy statystyczne sugerowały, że żąd-

ne z tych zaburzeń nie było istotnym czynnikiem nasilenia mizofonii po uwzględnieniu wieku i płci, dlatego potrzebujemy więcej badań, aby określić trajektorię i związek między mizofonią a zaburzeniami lękowymi.

Mimo to, chociaż zaburzenia lękowe mogą być powszechne, ale nie przewidują nasilenia mizofonii, istnieje wyraźne opisowe nakładanie się mizofonii i zaburzeń lękowych. W Rosenthal i in. (2022), przy prawie 60% próby spełniającej kryteria co najmniej jednego zaburzenia lękowego DSM-5, prawdopodobne jest, że osoby z mizofonią częściej mają współistniejący lęk niż osoby w populacji ogólnej (szacunki lęku zaburzenia w populacji ogólnej wahają się od 4,8% do 10,9%; Stein i in., 2017). Potrzebne są dalsze badania, aby lepiej zrozumieć rozwój i trajektorię mizofonii i lęku (tj. związków i różnic między lękiem rozwijającym się przed wystąpieniem mizofonii i odwrotnie).

W jaki sposób mizofonia jest podobna do zaburzeń lękowych? Nie wchodząc w szczegóły każdego konkretnego zaburzenia lękowego, możemy powiedzieć, że zarówno zaburzenia lękowe, jak i mizofonia charakteryzują się pobudzeniem lękowym, zwracaniem uwagi na niechciane określone sygnały, przewidywaniem procesów poznawczych oraz zachowaniami polegającymi na ucieczce lub unikaniu w celu zmniejszenia awersyjnego pobudzenia emocjonalnego. Czym różni się mizofonia od zaburzeń lękowych? Podstawowa różnica polega na tym, że złość nie jest główną emocją w zaburzeniach lękowych, ale jest powszechna (jeśli nie centralna) w przypadku mizofonii.

Mizofonia a zaburzenia nastroju

Drugie po zaburzeniach lękowych, zaburzenia nastroju, były kolejnym najbardziej rozpowszechnionym rodzajem zaburzeń, które pokrywały się z mizofonią w Rosenthal i in., 2022. Rzeczywiście, 14,4% próby spełniało pełne kryteria co najmniej jednego zaburzenia nastroju w czasie przeprowadzania wywiadu. W tej grupie u 7,7% rozpoznano zaburzenie depresyjne uporczywe, a u 6,7% duże zaburzenie depresyjne. Około połowa badanych miała w pewnym momencie swojego życia duże zaburzenie depresyjne. Jager i in. (2020) stwierdzili, że zaburzenia nastroju należały do najczęstszych zaburzeń psychicznych w ich próbie dorosłych zgłaszających się na leczenie mizofonii. Klinicznie osoby z mizofonią często opisują poczucie izolacji, oderwania i bycia niezrozumianym, a także obniżoną samoocenę i poczucie własnej skuteczności. Trudności te mogą przenieść się na inne dziedziny życia poza mizofonią.

Jedną z możliwości jest to, że mizofonia jest ogólnie skorelowana z negatywnym nastrojem, a nie konkretnie z depresją. Należy się jednak spodziewać, że część osób z mizofonią będzie zgłaszać nasilone objawy lub spełniać pełne kryteria diagnostyczne zaburzeń depresyjnych.

Mizofonia a zaburzenia związane z traumą

Osoby z mizofonią rozwijają silne reakcje na określone dźwięki lub powiązane bodźce. Wiele osób pyta: „Czy mizofonia jest związana z traumą?” Naukowcy zaczęli szukać odpowiedzi na to pytanie. W badaniu przeprowadzonym przez Rosenthala i in. (2022) większość uczestników nie miała zaburzeń związanych z traumą, a 24% miało zaburzenie związane z traumą w pewnym momencie swojego życia. Inne badanie (Siepsiak i in., 2022) wykazało, że tylko 12% uczestników z mizofonią spełniało kryteria obecnego zespołu stresu pourazowego (PTSD). Ponieważ w badaniach tych wykorzystano ustrukturyzowane wywiady diagnostyczne (metoda złotego standardu) do oceny zaburzeń związanych z traumą, dane te sugerują, że mizofonia może nie być silnie związana z historią stresu traumatycznego.

Zespół stresu pourazowego to stan zdrowia psychicznego, który jest wyzwalany przez przerażające wydarzenie (np. śmierć, groźbę śmierci, poważne obrażenia lub przemoc seksualną) — doświadczanie go lub bycie świadkiem. Objawy mogą obejmować retrospekcje, koszmary senne i silny niepokój, a także niekontrolowane myśli o wydarzeniu. Jakie są podobieństwa między mizofonią a zespołem stresu pourazowego? W PTSD bodźce akustyczne związane z traumą mogą powodować intensywne awersyjne pobudzenie emocjonalne z późniejszym zachowaniem unikowym. Bodźce związane z PTSD mogą wywołać nagłe wspomnienie i/lub ponowne przeżycie traumy lub pierwotnej reakcji

na nią, a nawet wywołać dramatyczne, ostre wybuchy strachu, paniki lub agresji. U niektórych osób objawy te mogą wydawać się podobne do reakcji na wyzwalające konteksty w mizofonii.

Jakie są różnice między mizofonią a zespołem stresu pourazowego (PTSD)? W PTSD osoba doświadczyła zagrażającego życiu traumatycznego wydarzenia (np. śmierci, groźby śmierci, poważnych obrażeń lub przemocy seksualnej), a podstawową emocją jest strach, a nie złość. Ponadto pacjenci z zespołem stresu pourazowego zwykle mają nawracające, niechciane niepokojące wspomnienia traumatycznego wydarzenia i doświadczają intensywnych negatywnych emocji oraz doznań fizycznych podczas przywoływania wspomnienia traumy. Natomiast w przypadku mizofonii większość pacjentów nie doświadczyła zagrażającego życiu traumatycznego zdarzenia powodującego mizofonię, a strach nie wydaje się być emocją pierwotną. Jeśli pacjent dosłownie boi się dźwięku i go unika, może cierpieć na tak zwaną fonofobię, a jest to zaburzenie inne niż mizofonia i zespół stresu pourazowego. Ponadto nie ma danych sugerujących, że osoby z mizofonią zwykle przywołują traumatyczne wspomnienia, gdy mają intensywne emocje i doznania fizyczne po usłyszeniu dźwięków wyzwalających. Wniosek: mizofonia nie wydaje się być spowodowana traumatycznymi wydarzeniami ani szczególnie z nimi powiązana.

Mizofonia a zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

Zaburzenie obsesyjno-kompulsywne (OCD) charakteryzuje się niechcianymi myślami (obsesjami), które zwykle prowadzą pacjentów do powtarzających się zachowań (kompulsji), które działają w celu zneutralizowania intensywności obsesji. Pacjenci z OCD próbują ignorować lub powstrzymać swoje obsesje, ale to często zwiększa ich niepokój i cierpienie. Ostatecznie pacjenci czują się zmuszeni do wykonywania czynności kompulsywnych w celu złagodzenia swoich obsesyjnych myśli. Ale kłopotliwe myśli lub pragnienia wciąż powracają, pomimo prób ich zignorowania lub pozbycia się. Prowadzi to do bardziej rytualnych zachowań – błędnego koła OCD. Te obsesje i kompulsje powodują znaczny niepokój i zakłócają codzienne czynności.

Według niektórych osób ciężko odróżnić mizofonię od zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD). Wiele badań wykazało korelację między mizofonią a objawami OCD (np. Wu i in., 2014; Zhou i in., 2017). Rosenthal i in. (2022) stwierdzili, że 27% osób z mizofonią spełniło kryteria OCD w ciągu swojego życia w próbie amerykańskiej. Dwa europejskie badania wykazały jeszcze mniej przypadków OCD wśród osób z mizofonią. Jager i in. (2020) stwierdzili tylko 2,8%, a Siepsiak i in. (2022) stwierdzili, że tylko 6% osób z mizofonią spełnia kryterium obecnego OCD. Ponadto, inne badanie wykazało, że niektóre części OCD są związane z niższą mizofonią (McKay i in., 2018). Wszystko to razem wydaje się sugerować, że OCD i mizofonia są zasadniczo różne, ale

dla niektórych osób mogą mieć pewne wspólne cechy.

Jakie są podobieństwa między mizofonią a OCD? W mizofonii występuje zaabsorbowanie określonymi dźwiękami, co może przypominać obsesje w OCD. Oba zaburzenia, jak i inne zaburzenia lękowe (jak również PTSD) posiadają podstawową cechę jaką jest unikanie. Jakie są różnice między mizofonią a OCD? Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci z OCD wykonują czynności kompulsywne, próbując zmienić obsesyjne myśli, a złość nie jest powszechnie zgłaszana. W przeciwieństwie do tego, pacjenci z mizofonią zazwyczaj nie reagują na bodźce wyzwalaające w celu zmiany obsesyjnych myśli jako takich. Zamiast tego reakcje mające na celu uniknięcie lub ucieczkę przed mizofonicznymi sygnałami działają w celu zmniejszenia niepożądanych procesów fizjologicznych, emocjonalnych i poznawczych związanych z szeregiem emocji, takich jak irytacja, wstręt, niepokój i złość.

Mizofonia a zaburzenia osobowości

Osoby z zaburzeniami osobowości mają długotrwałe sztywne i niezdrowe wzorce myślenia, funkcjonowania i zachowania. Osoba z zaburzeniem osobowości ma trudności z postrzeganiem i odnoszeniem się do sytuacji i ludzi. Powoduje to znaczne problemy i ograniczenia w relacjach, aktywnościach społecznych, w pracy i w szkole.

U pacjentów z mizofonią stwierdzono obecność

współistniejących zaburzeń osobowości, chociaż jest to mniej powszechne niż inne problemy ze zdrowiem psychicznym. W jednym badaniu odnotowano wskaźnik współzachorowalności na poziomie 5% (Jager i in., 2020), podczas gdy w innym odnotowano wskaźnik współzachorowalności na poziomie 13% (Rosenthal i in., 2022).

Najczęściej występującym zaburzeniem osobowości wśród pacjentów z mizofonią jest zaburzenie osobowości obsesyjno-kompulsywne (OCPD; Jager i in., 2020; Rosenthal i in., 2022). W Jager i in. (2020) 26% uczestników z mizofonią miało cechy OCPD. Zaburzenie to charakteryzuje się wszechobecnym zaangażowaniem porządkiem, perfekcjonizmem i kontrolą (z niewielką przestrzenią na elastyczność), co ostatecznie spowalnia lub przeszkadza w wykonaniu zadania. Należy zauważyć, że OCPD to nie to samo co OCD, ponieważ OCD charakteryzuje się głównie wysiłkami mającymi na celu zneutralizowanie obsesyjnych myśli za pomocą powtarzających się działań lub innych myśli.

Zaburzenie osobowości typu borderline (BPD) może być drugim najczęściej występującym zaburzeniem osobowości wśród pacjentów z mizofonią (Jager i in., 2020; Rosenthal i in., 2022). BPD to stan charakteryzujący się poważnym rozregulowaniem emocjonalnym, problemami behawioralnymi i trudnościami w relacjach międzyludzkich. Osoby z BPD częściej doświadczają intensywnych emocji przez długi czas i trudniej jest im powrócić do stabilnej linii bazowej po wystawieniu na zdarzenia wyzwalające emocje. Ta trudność może prowadzić do

impulsywności, złego obrazu siebie, burzliwych relacji i intensywnych reakcji emocjonalnych na stresory. Trudności z samoregulacją mogą również skutkować niebezpiecznymi zachowaniami, takimi jak samookaleczanie. Osoby z mizofonią mogą mieć wysoki poziom nieelastyczności, perfekcjonizmu i rozregulowania emocji (Guetta i in., 2022; Rinaldi i in., 2022). Jednak większość z nich nie spełnia kryteriów diagnostycznych BPD.

Mizofonia a zaburzenia przetwarzania sensorycznego

Zaburzenia Przetwarzania Sensorycznego (SPD) jest to termin używany do opisu szeregu trudności w reagowaniu na codzienne bodźce sensoryczne (Miller i in., 2009). Ponieważ mizofonia jest również zaburzeniem związanym z problemami przetwarzania sensorycznego, można zadać sobie pytanie, czy są to te same dolegliwości. Jednakże, chociaż osoby cierpiące na mizofonię często zgłaszają, że są pobudzane przez bodźce wizualne, a także mogą mieć inne problemy sensoryczne, nadmiernie reagują na bardzo specyficzne bodźce dźwiękowe. Zaburzenia sensoryczne nie charakteryzują się nadmierną reakcją na powtarzające się sygnały ustne i mimiczne, jak ma to miejsce w przypadku mizofonii. Obecnie niewiele wiadomo na temat związku między mizofonią a SPD. Ponieważ SPD jest pojęciem szerokim i nie jest w pełni zrozumiałe ani zdefiniowane (Harrison i in., 2019; McArthur, 2022), jeszcze trudniej jest zrozumieć związek między SPD a mizofonią.

Niemniej jednak niektóre wstępne dane wykazały, że chociaż osoby cierpiące na mizofonię mają zwiększoną reaktywność sensoryczną, są to dwa różne zaburzenia (Kaufmann i in., 2022).

Mizofonia a zaburzenia ze spektrum autyzmu

Nieprawidłowe przetwarzanie sensoryczne jest jednym z głównych objawów zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD). Dlatego powiązania między mizofonią a ASD również wydają się oczywistym obszarem do zbadania. Co zaskakujące – to wciąż jeden z najslabiej zbadanych tematów. W badaniu przeprowadzonym w Holandii (Jager i in., 2020) autyzm zdiagnozowano u 3% uczestników z mizofonią. Z tej grupy wykluczono jednak osoby z pierwotnym rozpoznaniem ASD, więc odsetek ten nie może odzwierciedlać rzeczywistych proporcji. Większy odsetek (5,6%) zgłaszanych przez siebie ASD stwierdzono u osób cierpiących na mizofonię w internetowej próbie anglojęzycznej (Claiborn i in., 2020). W polskim badaniu osoby z samoopisowym ASD miały istotnie większe nasilenie objawów mizofonii niż osoby bez takiej diagnozy (Siepsiak i in., 2020a), ale ich wyniki nie wskazywały na negatywny wpływ objawów mizofonii i były znacznie niższe niż wyniki domniemanych osób cierpiących na mizofonię. Ponadto naukowcy z Anglii (Rinaldi i in., 2022) stwierdzili nasilenie objawów ASD u dzieci i dorosłych z domniemaną mizofonią. Jednak dalsze badania powinny zweryfikować, czy był to zwią-

zek między mizofonią a ASD, czy raczej między jakimś szerszym typem obniżonej tolerancji dźwięku a objawami ASD. Ponieważ w autyzmie często występują nietypowe reakcje na różne dźwięki dnia codziennego, jeśli chodzi o badanie tych dwóch stanów, sposób, w jaki definiowana jest mizofonia, może mieć szczególny wpływ na wyniki.

Chociaż wciąż nie możemy wiele powiedzieć na temat związku między mizofonią a ASD, możemy być raczej pewni co do dwóch rzeczy. Wiadomo już, że osoby z autyzmem mogą cierpieć na mizofonię (ale raczej częściej mają inne rodzaje obniżonej tolerancji na dźwięki, takie jak nadwrażliwość słuchowa czy fonofobia; Williams i in., 2021), natomiast osoby z mizofonią mogą być w spektrum autyzmu, ale większość z nich nie jest.

Mizofonia a zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości ruchowej

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) to kolejne zaburzenie rozwojowe, w którym często występuje nadwrażliwość sensoryczna (Lane i in., 2010). Może to również prowadzić do pytania, czy mizofonia jest związana z ADHD. Co wiemy o związku między tymi dwoma zaburzeniami? W Turcji, w badaniu powszechnie występującej populacji (Kılıç i in., 2021), rozpoznanie ADHD było znacznie częściej zgłaszane przez osoby cierpiące na mizofonię (20%) niż osoby bez mizofonii (7%). W badaniu uczestników z różnych krajów na całym świecie, którzy sami zdiagno-

zowali mizofonię (Rouw i Erfanian, 2018), 12% zgłosiło zdiagnozowanie ADHD, ale niektóre analizy statystyczne wykazały, że objawy mizofonii nie były związane z tą diagnozą. W niedawnej próbie amerykańskiej (Rosenthal i in. 2022) niewielki istotny związek ze zgłaszanym przez samych siebie ADHD zniknął po poprawkach statystycznych. Podobny odsetek (13%) stwierdzono wśród osób zgłaszających mizofonię w innym amerykańskim badaniu (Claiborn i in., 2020), jednak nie przedstawiono żadnych danych dotyczących związku między tymi dwoma zaburzeniami.

W kilku badaniach przeprowadzonych w Holandii (Schroder i in., 2013; Schroder i in., 2014; Jager i in., 2020; Schroder i in., 2017) u 4,4% do 5,4% uczestników z mizofonią zdiagnozowano ADHD. W amerykańskim badaniu dotyczącym leczenia mizofonii u 1 osoby na 18 (6%) zdiagnozowano ADHD (Frank i McKay, 2019). Czy wszystkie te liczby są wysokie? Oszacowano, że ogólnokrajowe rozpowszechnienie ADHD wynosi około 5% (Polanczyk i Rohde, 2007), a nowsze badanie wykazało, że około 9%-10% dzieci i nastolatków w USA spełnia kryteria diagnostyczne ADHD (Bitsko i in., 2022). W związku z tym odsetek ADHD w mizofonii w tych badaniach był mniej więcej podobny jak w populacji ogólnej, a nie wyższy.

Rozważenie podtypów lub domen ADHD (trudności z koncentracją uwagi, impulsywność i nadpobudliwość) może pomóc nam lepiej zrozumieć, w jaki sposób mizofonia jest lub nie jest związana z ADHD. W jednym badaniu (Silva i Sanchez 2019) uczestnicy z mizofonią

osiągnęli gorsze wyniki w zadaniach na selektywną uwagę, ale tylko podczas słuchania odgłosów żucia. Bez odgłosów żucia nie zaobserwowano różnic w testach uwagi między grupami z mizofonią, szumami usznymi i zdrowymi grupami kontrolnymi. Podobne efekty stwierdzono u Danielsa i in. (2020). Wykazali oni, że nasilenie objawów mizofonii u uczestników nieklinicznych wiąże się z gorszymi wynikami w zadaniach uwagi, ale tylko wtedy, gdy obecne są prowokujące dźwięki. Dane te wskazują, że osoby z mizofonią mogą nie mieć deficytów uwagi, a ich wyniki pogarszają się tylko wtedy, gdy są bardzo zestresowane, co jest naturalne i zdarza się również innym osobom podczas stresu. Jednak istnieją również sprzeczne dane. W innym badaniu (Frank i in., 2019) uczestnicy z mizofonią mieli gorsze wyniki uwagi, także wtedy, gdy nie byli narażeni na prowokujące bodźce. Oznacza to, że nie mamy ostatecznej odpowiedzi na ten temat i potrzebne są dalsze badania.

Jeśli chodzi o impulsywność, w badaniu przeprowadzonym w Holandii uczestnicy z mizofonią byli równie dobrzy w niektórych zadaniach badawczych, jak grupa kontrolna (Eijsker i in., 2019). Woleli wykonywać zadania lepiej, ale wolniej. Impulsywność była również bardzo słabo związana lub nie związana, w zależności od jej rodzaju, z objawami mizofonii u pacjentów hospitalizowanych z depresją w Polsce (Siepsiak i in., 2020b). Ostatecznie potrzebne są badania, aby lepiej wyjaśnić, czy zachowania impulsywne u osób z mizofonią mogą być ograniczone do sytuacji z bodźcami dźwiękowymi, czy też do bardziej ogólnych sytuacji stresowych

(Cassiello-Robbins i in., 2020). Jeśli chodzi o nadpobudliwość, jak dotąd nie ma danych na temat tej cechy w mizofonii. Na koniec warto zauważyć, że jeśli chodzi o porównanie neurologicznych korelatów ADHD i mizofonii, to wydaje się, że mają one ze sobą niewiele wspólnego (Neacsiu i in., 2022).

Wnioski

Jakie wnioski możemy wyciągnąć na temat tego, które problemy ze zdrowiem psychicznym i przetwarzaniem sensorycznym są związane z mizofonią? Ponieważ badania są wciąż nowe, nie możemy wyciągnąć ostatecznych wniosków na temat wielu rzeczy. Można jednak wyciągnąć trzy rozsądne wnioski: (1) mizofonia nie jest związana z żadnym konkretnym problemem ze zdrowiem psychicznym; (2) objawy niektórych problemów ze zdrowiem psychicznym mogą pokrywać się z mizofonią, ale to nie znaczy, że te dwa zaburzenia są takie same; oraz (3) dwoma najczęstszymi rodzajami współwystępujących problemów psychicznych mogą być lęk i zaburzenia nastroju. Wszystko to razem oznacza, że osoby cierpiące na mizofonię powinny być badane przez przeszkolonych specjalistów ds. zdrowia psychicznego pod kątem współwystępujących zaburzeń psychiatrycznych, a plany leczenia powinny być zindywidualizowane i dopasowane do potrzeb każdego pacjenta.

Rozdział 6

Wykorzystanie terapii poznawczo-behawioralnych w leczeniu Mizofonii

*Autorzy: Jacqueline Trumbull,
Ashley A. Moskovich
and M. Zachary Rosenthal*

Osoby z Mizofonią doświadczają wielu cierpień emocjonalnych. Niestety, nie ma naukowo ustalonych metod leczenia tego zaburzenia. Jest to temat, który zostanie omówiony w tym rozdziale. Jednym z problemów jest to, że żadna dyscyplina medyczna nie uznaje Mizofonii za formalną chorobę czy zaburzenie. Może to być zaburzenie z pogranicza wielu specjalności medycznych, w tym na przykład audiologii, terapii zajęciowej, otolaryngologii, neurologii, psychiatrii i psychologii. Większość dotychczasowych badań koncentrowała się na związkach między Mizofonią a zdrowiem psychicznym. Należy jednak pamiętać, że Mizofonia nie jest klasyfikowana jako zaburzenie psychiczne i nie powinno myśleć się o niej wyłącznie jako o problemie ze zdrowiem psychicznym.

Mizofonia charakteryzuje się zwiększoną wrażliwością i reaktywnością na bodźce dźwiękowe i/lub wizualne, co skutkuje niepokojącymi reakcjami ciała, a także niepokojącymi myślami i uczuciami. Wiele osób ma również inne schorzenia psychiczne, takie jak lęk i depresja (Swedo i inni, 2022). Biorąc to pod uwagę, terapie psychologiczne, które pomagają jednostkom radzić sobie z cierpieniem emocjonalnym, mogą być dobrze dopasowane do Mizofonii i poprawiać jakość życia. Rozpoczęto badania mające na celu sprawdzenie, czy tak jest, a wyniki są wczesne, ale obiecujące.

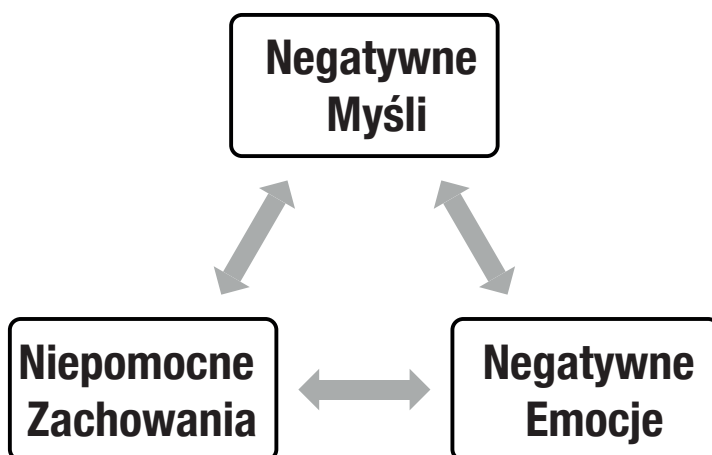
Celem tego rozdziału jest opisanie, w jaki sposób nurt terapii psychologicznych zwany terapiami poznawczo-behawioralnymi (CBT) może być pomocny jako część szerszego podejścia do pomocy osobom z Mizofonią. Najpierw przedstawiony został przegląd CBT i jej zastosowania w leczeniu Mizofonii. Następnie omówiono wyniki badań naukowych, które rozpoczęły prace nad testowaniem CBT jako leczenia Mizofonii. Na koniec przedstawione zostały zalecenia dotyczące leczenia w świetle aktualnych badań.

Terapie poznawczo-behawioralne (CBT)

Terapie poznawczo-behawioralne (CBT) obejmują duży obszar psychoterapii, który okazał się skuteczny w przypadku szerokiego zakresu problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym depresji, zaburzeń lękowych, zespołu stresu pourazowego (PTSD), używania substancji

i zaburzeń odżywiania. CBT nie odnosi się do jednego konkretnego leczenia, ale jest raczej terminem zbiorczym dla wielu terapii konwersacyjnych, które stosują podobne podejście. Istnieje wiele różnych nurtów CBT (np. terapia poznawcza, aktywacja behawioralna, dialektyczna terapia behawioralna, ujednolicony protokół, zapobieganie ekspozycji i reakcji oraz terapia akceptacji i zaangażowania). Pomimo różnych nazw, wiele CBT robi podobne rzeczy, aby pomóc ludziom. W związku z tym CBT można przeprowadzić w sposób, który nie jest określony przez konkretny podręcznik, ale zamiast tego wykorzystuje wspólne zasady i podejścia, indywidualnie dostosowane dla każdego pacjenta.

Zastosowanie modelu CBT w Mizofonii

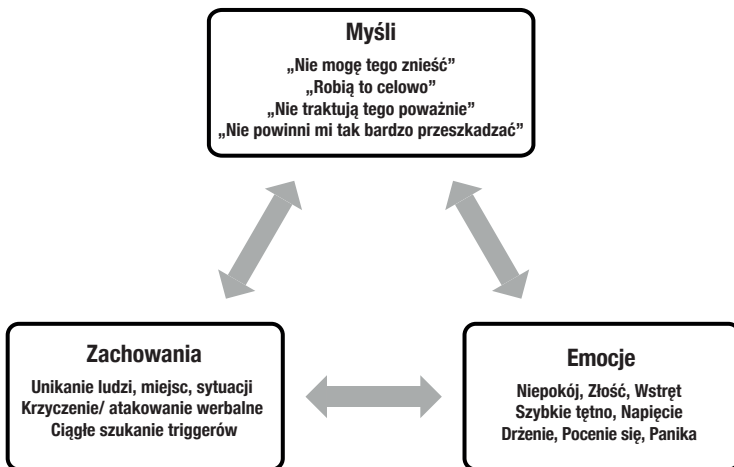


Ogólnie mówiąc, w modelu CBT problemy psychologiczne pojawiają się, gdy negatywne lub nieprzydatne myśli, emocje i zachowania powodują niepokój lub problemy w życiu. Ponieważ myśli, emocje i zachowania wpływają na siebie nawzajem, jedna negatywna myśl (emocja lub zachowanie) może wywołać reakcję łańcuchową, która powoduje inne emocje i zachowania. Może to sprawić, że ludzie poczują się uwięzieni w problematycznym cyklu cierpienia (patrz Wykres 1).

Zgodnie z ogólnym modelem CBT, osoby zmagające się z Mizofonią uważają, że wyzwalacze i sytuacje, w których mogą wystąpić, są wyjątkowo stresujące. Zgłaszają, że myślą o rzeczach takich jak „Nie mogę tego tolerować”, a następnie odczuwają skrajny niepokój lub złość. Często donoszą, że prowadzi ich to do unikania różnych sytuacji z powodu tego, jak niekomfortowo się czują lub niekontrolowanie krzyczą na bliskich z powodu frustracji. Chociaż te zachowania (np.: unikanie sytuacji, krzyki) tymczasowo zmniejszają niepokój, mogą również prowadzić do problemów w szkole/pracy lub w związkach, co z kolei skutkuje bardziej niepokojącymi myślami i uczuciami (np.: myślenie „jestem porażką”, poczucie winy za atak). To często powoduje, że osoby z Mizofonią czują się jak w sytuacji bez wyjścia i nadziei, ponieważ myśli i uczucia związane z ich wyzwalaczami są nie do zniesienia, jednakże sposoby, których nauczyli się aby zmniejszać swoje cierpienie, powodują tylko więcej problemów.

Korzystanie z terapii poznawczo-behawioralnych (CBT) w leczeniu Mizofonii

Terapie poznawczo-behawioralne (CBT) są zwykle nieco lub bardzo ustrukturyzowane i ograniczone w czasie (np.: 8-20 sesji). Mogą być dostarczane w formie indywidualnym, grupowym lub rodzinnym. CBT pomagają osobom z Mizofonią dzięki współpracy terapeuty i pacjenta w celu zidentyfikowania i zmiany wzorców, których się nauczyli, ale które nie zawsze są pomocne. Obejmuje to odkrywanie i zmienianie wzorców myślenia, odczuwania, komunikowania się, zwracania uwagi, kierowania doznaniem cielesnym i reagowania behawioralnego w sytuacjach, w których mogą one zostać wywołane przez sygnały mizofoniczne. Innymi słowy, CBT pomaga ludziom nauczyć się nowych sposobów radzenia sobie z negatywnymi myślami, reakcjami fizjologicznymi i uczuciami oraz nauczyć się bardziej pomocnych sposobów życia w celu zmiany schematów, które są problematyczne. Zmniejsza to niepokój i poprawia jakość życia poprzez zmianę sposobu życia w domu, szkole, pracy i sytuacjach społecznych.



W CBT osoby z Mizofonią uczą się identyfikować nieprzydatne wzorce, a następnie uczą się opracowywać nowe schematy, korzystając z tego, co możemy nazwać umiejętnościami poznawczo-behawioralnymi opartymi na dowodach. Są to strategie radzenia sobie z problematycznymi myślami, uczuciami, odczuciami i zachowaniami, które okazały się pomocne w badaniach naukowych dla innych ludzi. Istnieje wiele strategii CBT, które okazały się pomocne w niezliczonych badaniach naukowych prowadzonych przez dziesięciolecia w przypadku wielu różnych problemów. Niektóre strategie CBT są ukierunkowane na problematyczne myśli, podczas gdy inne na problematyczne uczucia lub zachowania; niemniej jednak ukierunkowanie na jeden czynnik wpływa na kolejny, przerywając negatywny cykl (zobacz Wykres 2, aby zobaczyć przykłady typowych celów terapii CBT w leczeniu Mizofonii).

Na przykład osoby korzystające z CBT mogą nauczyć się bardziej pomocnych sposobów myślenia o wyzwalaczach i sytuacjach, w których występują (np.: „Nie próbuj mnie celowo zdenerwować tym hałasem”), strategii radzenia sobie z niepokojącymi uczuciami i doznaniem cielesnymi, które pojawiają się, gdy są wyzwalane (np.: nauczenie się technik oddychania w celu zmniejszenia lęku i zmniejszenia fizycznego pobudzenia), i ćwiczenia bardziej pomocnych sposobów reagowania na bodźce, które nie powodują więcej problemów (np.: udział w wydarzeniu towarzyskim z planem robienia krótkich przerw, aby się uspokoić, jeśli wyzwalacze są przytłaczające, aby nie atakować innych). „Praca domowa” jest często zadawana, aby pomóc w ćwiczeniu i doskonaleniu umiejętności radzenia sobie, które są nabywane między sesjami terapeutycznymi. Nadrzędnym celem jest wzmocnienie pozycji ludzi poprzez zapewnienie im narzędzi potrzebnych do radzenia sobie z wyzwalaczami mizofonicznymi.

Rodzaje terapii poznawczo-behawioralnych (CBT)

Jak opisano powyżej, istnieje wiele różnych typów CBT. Wszystkie nurty terapii poznawczo-behawioralnych są zgodne z głównym modelem CBT, ale łączą określone strategie poznawcze i/lub behawioralne w pakiet leczenia. Na przykład aktywacja behawioralna (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters i Pagoto, 2011) koncentruje się na stosowaniu strategii behawioralnych, podczas gdy terapia akceptacji i zaangażowania (Hay-

es, Strosahl i Wilson, 1999) łączy w leczeniu określony zestaw strategii zwanych umiejętnościami akceptacji i uważności. Różne nurty terapii poznawczo-behawioralnych są często dostosowywane do potrzeb i mają określony czas trwania i format leczenia (np.: grupowe, indywidualne), posiadają zarys treści sesji z wytycznymi dotyczącymi tego, kiedy używać konkretnych strategii, a także zapewniają konkretne zadania domowe.

Niektóre nurty CBT dostosowują treść leczenia do potrzeb określonej populacji. Na przykład CBT na bezsenność (CBT-I; Taylor i Pruiksma, 2014) łączy strategie CBT, o których wiadomo, że pomagają z myślami, uczuciami i zachowaniami, które zakłócają sen (np.: zajęcie się niespokojnymi myślami, które utrudniają zasypianie, ćwiczenie strategii relaksacyjnych przed snem, ustalenie rutyny snu). Inne są transdiagnostyczne; co oznacza, że to samo leczenie może być stosowane do różnych objawów klinicznych. Te transdiagnostyczne terapie poznawczo-behawioralne wykorzystują interwencje ukierunkowane na typowe problemy, które, jak się uważa, przyczyniają się do różnych schorzeń psychicznych. To samo leczenie można następnie zastosować w przypadku dowolnej liczby objawów klinicznych, które mają wspólny problem. Na przykład dialektyczna terapia behawioralna koncentruje się na pomaganiu jednostkom w regulowaniu trudnych emocji i wykazano, że jest skutecznym sposobem leczenia wielu problemów ze zdrowiem psychicznym, które mają ten sam problem, w tym zaburzeń osobowości, zaburzeń nastroju i zaburzeń odżywiania (Bedics, 2020).

Nową ramą transdiagnostyczną dla terapii poznaw-

czo-behawioralnej, która może być przydatna w przypadku Mizofonii, jest podejście procesowe lub PB-CBT (Hayes i Hofmann, 2018). PB-CBT to elastyczny sposób dostosowania leczenia do problemu (problemów), wartości i celów danej osoby. Pacjent i terapeuta pracują razem, aby zidentyfikować wzorce problematycznych myśli, uczuć i zachowań, tak jak ma to miejsce w innych CBT. Nie przestrzegają jednak protokołu leczenia, który z góry określa kolejność i wybór strategii poznawczo-behawioralnych. Zamiast tego pacjent wraz z terapeutą ustalają wzorce powodujące problemy, szeregują pod względem ważności myśli, uczucia i zachowania do przepracowania, a także ustalają w jakiej kolejności będą nimi pracować. Następnie z bazy strategii CBT opartych na dowodach wspólnie wybierają kognitywno-behawioralne interwencje, których chcą użyć, aby rozwiązać problemy. Najlepsza interwencja to taka, którą pacjent chce i jest w stanie wykonać, i która najlepiej wpływa na poprawę jego funkcjonowania. Gdy pojawi się dowód, że problematyczne zachowania się zmieniają, terapeuta i pacjent przechodzą do następnego celu leczenia. Leczenie jest nadal nieco ustrukturyzowane i ograniczone w czasie, ale jest dostosowywane do potrzeb pacjenta.

Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) w leczeniu Mizofonii: Dowody

Terapie oparte na dowodach to interwencje, o których wiadomo, że działają w leczeniu określonego scho-

zenia, gdy są wielokrotnie i rygorystycznie testowane w badaniach naukowych. Obecnie nie ma opartych na dowodach psychologicznych metod leczenia Mizofonii. Miejmy nadzieję, że to się zmieni, ponieważ trwają prace mające na celu lepsze zrozumienie i leczenie Mizofonii. Przeprowadzono 17 badań oceniających psychologiczne metody leczenia Mizofonii, z których większość wykorzystywała CBT, ponieważ są one dobrze dopasowane do trudności związanych z Mizofonią.

Do tej pory przeprowadzono 14 badań z wykorzystaniem nurtów CBT lub strategii poznawczo-behawioralnych. Większość (tj. 11) z tych badań wykorzystywała studium przypadku lub projekt serii przypadków. Przeprowadzono dwa otwarte badania i jedno losowe badanie kontrolne (RCT). Liczba uczestników we wszystkich badaniach wahała się od 1 do 90, a liczba sesji terapeutycznych od 6 do 30. W badaniach sprawdzano, czy objawy Mizofonii uległy poprawie przed leczeniem i po jego zakończeniu. W tym celu użyto zweryfikowanych kwestionariuszy samoopisowych, w których poproszono uczestników o wskazanie częstotliwości, intensywności oraz poziomu cierpienia i upośledzenia związanego z objawami Mizofonii.

Studia przypadków/serie przypadków

Studia przypadków i serie przypadków testują interwencje z niewielką liczbą osób i często stanowią pierwszy krok testowania leczenia. Osoby są podda-

wane leczeniu, a ich postępy są dokładnie badane i rejestrowane. Celem tego typu projektu badawczego jest po pierwsze sprawdzenie, czy uczestnicy uważają leczenie za akceptowalne i czy są chętni do udziału aż do czasu zakończenia badania. To naprawdę ważny krok, ponieważ leczenie nie może być pomocne, jeśli uczestnicy faktycznie go nie ukończą. Tego typu badania dostarczają również wstępnych informacji na temat tego, czy leczenie może być pomocne, a następnie czy powinno zostać przetestowane na większej liczbie osób. Jednakże nie można jednoznacznie powiedzieć, czy leczenie jest skuteczne.

Większość z dotychczas przeprowadzonych serii przypadków CBT obejmowała tylko jednego dorosłego uczestnika; jednak jedna seria przypadków z zastosowaniem leczenia przeznaczonego dla młodzieży obejmowała czworo dzieci (Lewin i inni, 2021). W czterech badaniach przetestowano inne nurty leczenia, w tym dialektyczną terapię behawioralną, terapię akceptacji i zaangażowania oraz ujednolicony protokół (Kamody i Del Conte, 2017; Schneider i Arch, 2017; Lewin i inni, 2021). W niektórych badaniach sprawdzano również, czy pomocne są określone strategie CBT, takie jak zapobieganie ekspozycji i reakcji oraz ćwiczenia relaksacyjne. Ogólnie mówiąc, badania wykazały, że większość uczestników ukończyła leczenie, a wielu zgłosiło poprawę objawów Mizofonii. Sugeruje to, że CBT może być akceptowalnym podejściem w leczeniu Mizofonii. Biorąc to pod uwagę, rozpoczęto kolejny etap testowania CBT w badaniach klinicznych z większą liczbą uczestników.

Otwarte badania

Przeprowadzono trzy badania kliniczne, w których testowano terapię poznawczo-behawioralną (CBT) pod kątem Mizofonii. Dwa z tych badań były badaniami otwartymi. Oznacza to, że wszyscy uczestnicy badania otrzymali takie samo leczenie. Badań otwartych nie można wykorzystać do wyciągnięcia ostatecznych wniosków, ponieważ nie obejmują one tak zwanej grupy kontrolnej, czy grupy osób, które nie podejmują konkretnych działań, ale są obserwowane przez pewien czas, podczas gdy ich objawy są mierzone. Bez grupy kontrolnej nie wiemy, czy jakkolwiek poprawa obserwowana po leczeniu jest spowodowana podjętymi działaniami, czy też nastąpiła samoistna poprawa bez zastosowania leczenia. Jednak badania otwarte dostarczają nam więcej dowodów na to, że leczenie jest pomocne, a badania powinny przejść do kolejnego etapu, jakim jest przeprowadzenie większych, droższych działań z większą liczbą osób i grup kontrolnych.

Jedno badanie otwarte obejmowało 90 uczestników z Mizofonią w warunkach terapii grupowej (Schröder, Vulink, van Loon i Denys, 2017). Leczenie skupiało się na pomocy uczestnikom w odwróceniu uwagi od dźwięków wyzwalających, przerywaniu wyuczonych skojarzeń między bodźcami a negatywnymi reakcjami emocjonalnymi, umożliwieniu pacjentom manipulowania bodźcami dźwiękowymi i uczeniu uczestników ćwiczeń relaksacyjnych. Pod koniec leczenia klinicyści ocenili, że u 48% uczestników nastąpiła poprawa, pod-

czas gdy 30% uczestników oceniło, że objawy znacznie się zmniejszyły.

W innym otwartym badaniu przetestowano 18 uczestników z Mizofonią z zapobieganiem ekspozycji i odpowiedzi (ERP), które wykorzystywały inhibicyjne podejście do uczenia się (Frank i McKay, 2019). ERP stopniowo wystawia jednostki na bodźce (tj. sytuacje lub rzeczy), które wywołują stres emocjonalny i uniemożliwia im opuszczenie sytuacji lub zaangażowanie się w zachowania, które w przeciwnym razie pomogłyby im zmniejszyć lub uciec od stresu. Na przykład pacjent z Mizofonią zostałby celowo poproszony o pozostanie z wyzwalającym dźwiękiem bez wychodzenia z pokoju czy zakrywania uszu.

Istnieją dwie kategorie ERP: podejście przyzwyczajenia i hamujące. Podczas ekspozycji opartej na przyzwyczajeniu pacjent jest narażony na bodziec, którego się obawia, do momentu aż jego niepokój zacznie się zmniejszać. Pacjenci często wierzą, że konfrontacja z czymś, czego się boją, jeszcze bardziej zwiększy ich niepokój. Często zdarza się jednak, że osoby przyzwyczajają się, co oznacza, że przywykają do bodźca, którego się obawiają, a ich niepokój z czasem się zmniejsza. Nie wykazano, aby modele habituacji działały w przypadku osób z Mizofonią i wręcz nie są zalecane, ponieważ mogą być nie do zaakceptowania przez pacjentów lub ich rodziny.

W hamującym podejściu pacjenci doświadczają wyzwalań bodźców w nowych kontekstach i uczą się nowych sposobów zbliżania się do bodźca lub reagowa-

nia na niego. Nie oczekuje się, że pacjent będzie mniej zestresowany bodźcem tylko dzięki wielokrotnemu narażeniu na niego, ale że nauczy się on radzić sobie z bodźcem na nowe sposoby i będzie go doświadczał w bardziej elastyczny sposób. Celem hamujących modeli uczenia się jest, aby pacjenci zachowywali się w sposób adaptacyjny, nawet w obecności wyzwalaczy. Jak opisuje Frank i McKay (2019), 18 uczestników z Mizofonią ukończyło ERP, stosując model hamującego uczenia się. Uczestnicy ukończyli ekspozycję na czynniki wyzwalające zarówno przed jak i po odbyciu szkolenia z zarządzania stresem, a wyniki wykazały poprawę. Wskazuje to, że hamujące modele uczenia się mogą być obiecujące i warte przyszłych badań w kontekście leczenia Mizofonii.

Randomizowane kontrolowane badania kliniczne (RCT)

Przeprowadzono jedno randomizowane badanie kliniczne (RCT) dotyczące leczenia Mizofonii (Jager, Vulink, Bergfeld, Loon i Denys, 2020). Badania te dostarczają najlepszych informacji na temat skuteczności niektórych metod leczenia, ponieważ kontrolują zmienne, które w przeciwnym razie mogłyby zafałszować wyniki. We wspomnianym badaniu 54 uczestników z Mizofonią przez 6 miesięcy uczestniczyło w grupowym szkoleniu CBT lub w szkoleniu kontrolnym listy oczekujących. W badaniu listy oczekujących uczestnicy nie otrzymują żadnego leczenia, dopóki eksperyment nie zostanie zakończony. Pozwala to naukowcom określić,

czy leczenie przynosi korzyści w porównaniu z uczestnikami, którzy nie są poddawani leczeniu. Grupa CBT skupiała się na koncentracji na zadaniu, redukcji pobudzenia, etykietowania pozytywnego afektu i manipulacji bodźcami. Poprawa kliniczna wystąpiła u 32 uczestników leczenia w porównaniu do 0% w grupie kontrolnej z listy oczekujących.

Ostatecznie badania dotyczące leczenia Mizofonii z udziałem CBT są dość obiecujące, jednak potrzebne są dalsze badania, zanim będzie można stwierdzić i określić, które nurty terapii poznawczo-behawioralnej lub strategię CBT są najbardziej pomocne. W szczególności RCT dostarczą informacji o tym, które terapie działają, a także które elementy z każdej terapii zapewniają najsilniejszy wpływ. Naukowcy mogą również zacząć ustalać, czy dostosowanie dostępnego już leczenia do Mizofonii jest tak samo skuteczne, jak opracowanie nowego, specyficznego leczenia. Ogólnie mówiąc, badania te wykazały początkowy sukces i wydaje się prawdopodobne, że terapie poznawczo-behawioralne mogą być pomocne w leczeniu Mizofonii.

Korzystanie z CBT w przypadku Mizofonii: aktualne zalecenia dotyczące leczenia

Wciąż musimy się wiele nauczyć o Mizofonii i o tym, jak pomóc ludziom na nią cierpiącym. Dopóki nie zostaną ustalone działania oparte na dowodach, zalecenia dotyczące leczenia opierają się na tym, co już wiemy.

Jednocześnie spodziewamy się, że zalecenia te będą ewoluować wraz z postępem naszej wiedzy na temat Mizofonii. W świetle aktualnych wyników badań sugerujących, że CBT może być akceptowalna, wykonalna i pomocna, w połączeniu z brakiem jakiegokolwiek konkretnej opcji opartej na dowodach, zalecamy elastyczne oferowanie CBT osobom doświadczającym dystresu związanego z Mizofonią.

Badania nie wykazały jeszcze, czy w przypadku Mizofonii najlepiej sprawdza się specjalny nurt CBT, czy też bardziej zindywidualizowane leczenie z wykorzystaniem strategii CBT. Biorąc to pod uwagę, zaleca się, aby osoby były oceniane pod kątem współwystępujących problemów ze zdrowiem psychicznym, takich jak lęk i depresja, które są powszechne wśród osób z Mizofonią. Jeśli występują problemy ze zdrowiem psychicznym, zalecamy wybranie opartego na dowodach leczenia tego stanu zdrowia psychicznego i wdrożenie go w sposób uwzględniający również Mizofonię. Na przykład pacjentowi z zaburzeniami lękowymi można zalecić opartą na dowodach terapię poznawczo-behawioralną dotyczącą lęku. Strategie CBT w zakresie radzenia sobie z lękiem (np.: uważność, akceptacja, ponowna ocena poznawcza, aktywacja behawioralna) można również zastosować do nieprzydatnych myśli, emocji i zachowań związanych z Mizofonią.

Jeśli nie występują inne problemy ze zdrowiem psychicznym, zalecamy rozważenie elastycznych i zindywidualizowanych ram leczenia. To podejście może być szczególnie przydatne na tym etapie, ponieważ

nie wiemy jeszcze, które strategie CBT są najbardziej pomocne w przypadku Mizofonii, a elastyczny model transdiagnostyczny (np.: PB-CBT) dostosowuje leczenie do konkretnych potrzeb danej osoby. Pacjent wraz z terapeutą współpracują, aby stworzyć plan leczenia, który pacjent uważa za najbardziej użyteczny i który jest skłonny zrealizować. Podejście to należy zbadać naukowo, zanim będziemy mogli z większą pewnością stwierdzić, że powinno ono być preferowane w stosunku do innych podejść.

W tej chwili odradzane jest stosowanie ERP jako samodzielnej terapii ukierunkowanej na przyzwyczajenie. Nie ma dowodów na to, że osoby z Mizofonią przyzwyczajają się do wyzwalaczy przy wielokrotnej na nie ekspozycji. Ponadto pacjenci często wskazują, że nie byłoby skłonni do podjęcia tego rodzaju leczenia (Smith i inni, 2022). Jednakże, jak wspomniano powyżej, istnieją pewne dane pilotażowe sugerujące, że przeprowadzenia ERP z wykorzystaniem hamującego modelu uczenia się może okazać się pomocne. Włączenie praktyki ekspozycji do terapii może być pomocne, gdy kładzie się nacisk na pomoc pacjentom w ćwiczeniu ustalonych umiejętności radzenia sobie ze stresem, a nie tylko na przyzwyczajeniu. Zaleca się robienie tego tylko wtedy, gdy pacjenci przećwiczyli już swoje umiejętności radzenia sobie w mniej stresujących sytuacjach i czują się gotowi oraz chętni do podjęcia tego typu działań.

Na koniec zalecamy, aby wszyscy kandydaci do CBT przeszli kompleksową ocenę uwzględniającą dodatkowe zalecenia dotyczące leczenia przez multidyscypli-

narny zespół świadczeniodawców. Może to obejmować ocenę przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub pediatrów, audiologów, psychiatrów i terapeutów zajęciowych (i być może innych rodzajów specjalistów w zależności od potrzeb danej osoby), którzy mogą ocenić i przedstawić zalecenia dotyczące leczenia innych problemów zdrowotnych, które mogą być związane z Mizofonią. Na przykład niektóre osoby mogą mieć nadwrażliwość słuchową, wymagającą interwencji audiologicznych, które z kolei mogą być przydatne w leczeniu objawów Mizofonii. Inni mogą skorzystać z terapii zajęciowej w przypadku nadreaktywności wielozmysłowej. Jeśli pacjent wyraża taką chęć, podejście to obejmuje również skierowania do psychiatry w celu oceny i rozważenia leczenia farmakologicznego, chociaż należy zwrócić uwagę, że nie ma jeszcze leków, które można zbadać lub uznać za skuteczne w leczeniu Mizofonii. Każde leczenie Mizofonii powinno być prowadzone z pokorą wobec braku jasnych dowodów naukowych na jakiegokolwiek konkretne podejście; z naciskiem na niewyrządzanie krzywdy pacjentowi; bez założenia, że istnieje lekarstwo; oraz z elastycznością w zaspokajaniu potrzeb pacjenta w kontekście jego upośledzeń w codziennym funkcjonowaniu, celach i wartościach.

Rozdział 7

Kwestionariusz Mizofonii – Duke University

*Przy udziale Centrum ds. Mizofonii
i Regulacji Emocji przy Uniwersytecie Duke*

Wstęp

Identyfikacja mizofonii i wspieranie osób nią dotkniętych odbywa się również za pomocą technik samoopisowych, jak już wspomniano w rozdziale 2 tej książki. Wśród tych technik znajdują się kwestionariusze oceny, z których przedstawiamy tutaj Kwestionariusz Mizofonii Duke’a (Rosenthal i in., 2021). Da to czytelnikowi możliwość najszerzego wglądu w świat badań, który obecnie interesuje się mizofonią⁵.

Kwestionariusz Mizofonii Duke’a (DMQ) to pierwsza psychometrycznie potwierdzona samoopisowa miara mizofonii, wykorzystująca procedury analizy czynnikowej połączone z teorią odpowiedzi na pozycje IRT. Kwestionariusza DMQ można używać w całości, jako

⁵ Redakcja pragnie serdecznie podziękować prof. M. Zachary’emu Rosenthalowi wraz z całym zespołem Duke Center for Misophonia and Emotion Regulation za uprzejmą zgodę na publikację DMQ w tej książce.

pojedynczych podskal bądź z połączonymi wynikami nasilenia objawów lub trudności w radzeniu sobie.

Ostateczna wersja DMQ ma 86 pozycji i zawiera podskale:

- 1) Częstotliwość wyzwalania (16 pozycji)
- 2) Reakcje afektywne (8 pozycji)
- 3) Reakcje fizjologiczne (5 pozycji)
- 4) Reakcje poznawcze (10 pozycji)
- 5) Radzenie sobie przed (6 pozycji)
- 6) Radzenie sobie w trakcie (10 pozycji)
- 7) Radzenie sobie po (5 pozycji)
- 8) Upośledzenie (12 pozycji)
- 9) Przekonania (14 pozycji).

Skale złożone wywodzą się z ogólnego nasilenia objawów (połączone podskale afektywne, fizjologiczne i poznawcze) oraz radzenia sobie (które łączy trzy podskale radzenia sobie – przed, w trakcie i po). Podskale obejmują:

- Wynik podskali afektu (suma Affect1-Affect8)
- Ocena objawów fizycznych (suma phys1-phys5)
- Wynik poznawczy (suma Cog1-Cog10)
- Radzenie sobie przed wynikiem (suma Bef1-Bef6)
- Radzenie sobie w trakcie wyniku (suma Dur1-Dur10)
- Radzenie sobie po wyniku (suma Af1-Af5)
- Wskaźnik upośledzenia (suma Imp1-Imp12)
- Wynik przekonań (suma Belief1-Belief14)

Złożony z nich Wynik Nasilenia Objawów składa się z sumy 23 pozycji (Afekt + Objawy Fizyczne + Poznawcze), a Złożony Wynik Radzenia sobie to suma wszystkich 3 podskal radzenia sobie razem (suma 21 pozycji, od Radzenie sobie przed, Radzenie sobie w trakcie do Radzenie sobie po).

W odniesieniu do Upośledzenia i Przedziałów Klinicznych DMQ, Przedziały Upośledzenia Klinicznego (pochodzące z Podskali Upośledzenia) definiuje się następująco:

- 0-13 jest uważane za „lekkie upośledzenie”
- 14-38 jest uważane za „umiarkowane upośledzenie”
- 39-48 uznaje się za „znaczne do głębokiego upośledzenia”.

Kwestionariusz Mizofonii Duke'a Duke Misophonia Questionnaire (DMQ)⁶

Ogólne instrukcje:

Poniższe pytania odnoszą się do doświadczenia intensywnego niepokoju przez dźwięk lub dźwięki, nawet jeśli nie są one zbyt głośne. Mogą to być ludzkie bądź nie pochodzące od człowieka odgłosy lub tylko widok kogoś bądź czegoś wydającego niesłyszalny dźwięk (np. widok kogoś obgryzającego paznokcie z drugiego końca pokoju).

6 Niniejsze tłumaczenie Kwestionariusza Duke'a dot. Mizofonii na język polski nie zostało potwierdzone klinicznie i dlatego może być użyte wyłącznie w celu udostępniania/rozpowszechniania. Aby uzyskać więcej informacji na temat jego walidacji w warunkach klinicznych, proszę skontaktować się z presidenza@misofonia.it

Wskaż, czy poniższe dźwięki i/lub obrazy przeszkadzają Ci bardziej niż innym osobom.

Tak Nie

1	Ludzie wydający dźwięki ustami podczas jedzenia lub picia (np. żucie, chrupanie, siorbanie).		
2	Ludzie wydający dźwięki nosowe/gardłowe (np. pociąganie nosem, kichanie, świszczanie w nosie, kaszlanie, chrząkanie).		
3	Ludzie wydający dźwięki ustami, gdy nie jedzą (np. cykanie, ciężkie oddychanie, chrapanie, gwizdanie).		
4	Ludzie wydający powtarzające się dźwięki (np. pisanie na klawiaturze, stukanie paznokciami w stół, klikanie długopisem, pisanie, prace budowlane, obsługa maszyn).		
5	Szeleszczące lub rozdzierające się przedmioty (np. papier, plastik).		
6	Dźwięki mowy (np. „p”, syczące „s”, czyjeś seplenienie, piskliwy głos).		
7	Odgłosy ciała lub stawów (np. pstrykanie palcami, strzykanie w stawach, strzelanie w szczęce).		
8	Odgłosy tarcia (np. dłoni o spodnie, dłoni o siebie, pocieranie styropianu).		
9	Tupanie lub głośnie chodzenie (np. stukanie obcasami, klapki itp.).		
10	Stłumione dźwięki (np. głosy oddzielone ścianą, telewizor/muzyka w innym pokoju).		
11	Ludzie rozmawiający w tle (np. publiczne rozmowy telefoniczne, wiele osób rozmawiających jednocześnie).		
12	Powtarzające się lub ciągłe dźwięki, które nie są wydawane przez człowieka (np. tykanie zegara, buczenie klimatyzatora, płynąca woda).		
13	Zwierzęta wydające powtarzające się dźwięki (np. lizanie, ćwierkanie, szczekanie, jedzenie, picie).		
14	Widok kogoś wydającego lub mającego zamiar wydać dźwięk, który cię niepokoi, nawet jeśli go nie słyszysz (np. widok kogoś sięgającego do paczki chipsów, widok kogoś jedzącego w telewizji przy wyłączonym dźwięku).		
15	Inne (proszę opisać)		
16	Nie ma konkretnych dźwięków, które przeszkadzają mi bardziej niż innym ludziom.		

Wynik

W ciągu ostatniego miesiąca, średnio dla WSZYSTKICH uciążliwych dźwięków, oceń, jak często przeszkadzał Ci dźwięk/dźwięki.

-
- o Raz na miesiąc lub rzadziej
 - o 2-3 razy w tygodniu
 - o 1-3 razy w tygodniu
 - o 4-7 razy w tygodniu
 - o 2-5 razy dziennie
 - o 6 lub więcej razy dziennie
-

Dla kolejnej sekcji prosimy o skorzystanie z poniższej skali:

0	1	2	3	4
nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze/prawie zawsze

Średnio w ciągu ostatniego miesiąca, kiedy dźwięk lub dźwięki bardzo Ci przeszkadzały, oceń, jak często odczuwałaś/eś każdą z poniższych emocji.

1	Czułam/em złość.	0	1	2	3	4
2	Czułam/em niepokój.	0	1	2	3	4
3	Czułam/em niesmak.	0	1	2	3	4
4	Czułam/em nienawiść.	0	1	2	3	4
5	Czułam/em panikę.	0	1	2	3	4
6	Czułam/em się wrogo.	0	1	2	3	4
7	Czułam/em się roztrzęsiona/y.	0	1	2	3	4
8	Czułam/em frustrację.	0	1	2	3	4

Wynik



Dla kolejnej sekcji prosimy o skorzystanie z poniższej skali:

0	1	2	3	4
nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze/prawie zawsze

Średnio w ciągu ostatniego miesiąca, kiedy dźwięk lub dźwięki bardzo Ci przeszkadzały, oceń, jak często przydarzyło Ci się każde z poniższych zdarzeń.

1	Zdrętwiałam/em lub zeszywniałam/em.	0	1	2	3	4
2	Trzęsłam/em się lub miałam/em dreszcze.	0	1	2	3	4
3	Moje serce mocno biło lub przyspieszyło.	0	1	2	3	4
4	Zaczęłam/Zacząłem intensywnie lub gwałtownie oddychać.	0	1	2	3	4
5	Odruchowo podskoczyłam/em.	0	1	2	3	4

Wynik



Średnio w ciągu ostatniego miesiąca, kiedy dźwięk lub dźwięki bardzo Ci przeszkadzały, oceń, jak często miałaś każdą z poniższych myśli.

1	„Jestem bezradna/y.”	0	1	2	3	4
2	„Chce mi się płakać.”	0	1	2	3	4
3	„Jak zatrzymać ten dźwięk?”	0	1	2	3	4
4	„Wszystko jest okropne.”	0	1	2	3	4
5	„Nie wytrzymam tego.”	0	1	2	3	4
6	„Muszę uciec od tego dźwięku.”	0	1	2	3	4
7	„Zrobiłabym/Zrobiłbym wszystko, żeby to zatrzymać.”	0	1	2	3	4
8	Myślałam/em o tym, żeby upomnieć lub nakrzyczeć na osobę wydającą ten dźwięk.	0	1	2	3	4
9	Myślałam/em o tym, żeby popchnąć, szturchnąć, trącić itp. osobę wydającą ten dźwięk.	0	1	2	3	4
10	Myślałam/em o fizycznym zranieniu osoby wydającej ten dźwięk.	0	1	2	3	4

Wynik



Dla kolejnej sekcji prosimy o skorzystanie z poniższej skali:

0	1	2	3	4
nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze/prawie zawsze

Proszę ocenić, średnio jak często wykonywałaś/eś następujące czynności w ciągu ostatniego miesiąca, PRZED USŁYSZENIEM uciążliwego dźwięku.

1	Unikałam/em pewnych osób, miejsc lub rzeczy, aby nie słyszeć dźwięków, których nie lubię.	0	1	2	3	4
2	Zagłuszałam/em uciążliwy dźwięk innym dźwiękiem (np. włączając telewizor).	0	1	2	3	4
3	Stosowałam/em techniki, aby zminimalizować swoją irytację dźwiękami, które mogły się pojawić (np. głębokie oddychanie, medytacja, wizualizacja).	0	1	2	3	4
4	Byłam/em wyczulona/y na uciążliwe dźwięki.	0	1	2	3	4
5	Odwracałam/em swoją uwagę, aby nie być niepokojoną/ym przez uciążliwe dźwięki.	0	1	2	3	4
6	Zrobiłam/em plan radzenia sobie z uciążliwymi dźwiękami, jeśli się pojawią.	0	1	2	3	4

Wynik



Proszę ocenić, średnio jak często wykonywałaś/eś następujące czynności w ciągu ostatniego miesiąca, SŁYSZĄC uciążliwy dźwięk.

1	Blokowałam/em dźwięk (np. zakrywałam/em uszy rękami, słuchawkami, zatyczkami do uszu).	0	1	2	3	4
2	Używałam/em technik relaksacyjnych, aby się uspokoić (np. rozmowa we-wnętrzna, ćwiczenia oddechowe).	0	1	2	3	4
3	Skupiałam/em swoją uwagę na jakiejś czynności (np. oglądaniu telewizji lub filmów).	0	1	2	3	4
4	Wydawałam/em alternatywny dźwięk (np. nucenie).	0	1	2	3	4
5	Przypominałam sobie, że mogło być gorzej.	0	1	2	3	4
6	Zwiększałam/em hałas w tle, aby zagłuszyć uciążliwy dźwięk (np. włącza-łam/em telewizor, opuszczałam/em szybę w samochodzie).	0	1	2	3	4
7	Zmieniałam/em sposób myślenia o dźwięku.	0	1	2	3	4
8	Odwracałam/em wzrok od źródła dźwięku.	0	1	2	3	4
9	Słuchałam/em muzyki lub innego dźwięku.	0	1	2	3	4
10	Uważnie skupiałam/łam się na aktualnych doznaniach bez oceniania.	0	1	2	3	4

Wynik



Dla kolejnej sekcji prosimy o skorzystanie z poniższej skali:

0	1	2	3	4
nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze/prawie zawsze

Proszę ocenić, średnio jak często wykonywałaś/eś następujące czynności w ciągu ostatniego miesiąca, PO USŁYSZENIU uciążliwego dźwięku.

1	Robiłam/em coś, żeby pocieszyć (np. ćwiczyłam/em, poszłam/poszedłem w jakieś uspokajające miejsce, głaskałam/em zwierzęta).	0	1	2	3	4
2	Słuchałam/em kojącego dźwięku (np. białego szumu, muzyki).	0	1	2	3	4
3	Wykonałam/em ćwiczenia relaksacyjne (np. głębokie oddychanie, medytacja).	0	1	2	3	4
4	Korzystałam/em z widoku, zapachu lub dotyku kojącego przedmiotu, aby się uspokoić (np. patrzyłam/em na obraz, wachałam/em zapach lub dotykałam/em miękkiego koca).	0	1	2	3	4
5	Zastanawiałam/em się nad technikami, które pomogłyby mi poradzić sobie lepiej następnym razem.	0	1	2	3	4

Wynik



Dla kolejnej sekcji prosimy o skorzystanie z poniższej skali:

0	1	2	3	4
wcale	trochę	umiarkowanie	bardzo	w znacznym stopniu

Proszę ocenić, średnio w jakim stopniu uciążliwy dźwięk/dźwięki i Twoje reakcje na nie negatywnie wpłynęły w ciągu ostatniego miesiąca na następujące sprawy.

1	Moją zdolność przebywania z innymi ludźmi	0	1	2	3	4
2	Moje dokonania w pracy lub w szkole	0	1	2	3	4
3	Jakość moich związków miłosnych	0	1	2	3	4
4	Moją zdolność do funkcjonowania w codziennych czynnościach bez pomocy	0	1	2	3	4
5	Jak bardzo lubię spędzać czas z rodziną	0	1	2	3	4
6	Moją umiejętność pracy z innymi	0	1	2	3	4
7	Moją samoocenę	0	1	2	3	4
8	Moją zdolność do utrzymania zatrudnienia	0	1	2	3	4
9	Jakość relacji z moimi przyjaciółmi	0	1	2	3	4
10	Jak bardzo czuję się związana/y z innymi osobami	0	1	2	3	4
11	Moją zdolność do mieszkania z innymi ludźmi (np. ze współlokatorem, partnerem)	0	1	2	3	4
12	Moją umiejętność do „bycia sobą”	0	1	2	3	4

Wynik



Dla kolejnej sekcji prosimy o skorzystanie z poniższej skali:

0	1	2	3	4
nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze/prawie zawsze

Proszę ocenić, średnio w ciągu ostatniego miesiąca w jakim stopniu uciążliwy dźwięk/dźwięki i Twoje reakcje na nie wywołały następujące negatywne .

1	„Nienawidzę być taka/taki.”	0	1	2	3	4
2	„Ludzie mnie nie rozumieją.”	0	1	2	3	4
3	„Jeśli ludzie się dowiedzą, odrzucą mnie.”	0	1	2	3	4
4	„Jestem szalona/y.”	0	1	2	3	4
5	„Moje reakcje na dźwięki są irracjonalne.”	0	1	2	3	4
6	„Powinnam/Powinienem się z tego wy- leczyć.”	0	1	2	3	4
7	„To niesprawiedliwe.”	0	1	2	3	4
8	„Jestem słaba/y.”	0	1	2	3	4
9	„Powinnam/Powinienem być w stanie kon- trolować swoją reakcję na te dźwięki.”	0	1	2	3	4
10	„Jestem ciężarem dla innych.”	0	1	2	3	4
11	„Powinnam była/Powinienem być wiedzieć jak sobie z tym radzić wcze-śniej.”	0	1	2	3	4
12	„Moje problemy z dźwiękiem będą się tylko pogarszać z czasem.”	0	1	2	3	4
13	„Nikt nie może mi pomóc.”	0	1	2	3	4
14	„Całe moje życie będzie uwarunkowane pr- zez problemy z dźwiękiem.”	0	1	2	3	4

Wynik

Całkowity Wynik

Rozdział 8

Innowacyjne Podejście i Narzędzia Projektu Misophonia@School

Przy udziale partnerstwa Misophonia@School

Projekt „Misophonia@School – Włączanie Uczniów z Mizofonią w Szkołach Europejskich”, z którego pochodzi ta książka wykorzystał wkład zespołu dziesięciu organizacji z ośmiu różnych krajów europejskich, które pracowały nad tym tematem i opracowały serię innowacyjnych narzędzi w ciągu trzech lat⁷. Konsorcjum projektu (obejmujące następujące kraje: Włochy, Austrię, Słowenię, Cypr, Islandię, Hiszpanię, Turcję i Polskę) obejmowało różne podmioty (ośrodki zdrowia i badań, szkoły, organizacje działające w różnych dziedzinach edukacji, agencje ICT, wydawnictwa), wykorzystując wszystkie konkretne umiejętności wymagane do osiągnięcia oczekiwanych celów.

Pierwszym ważnym aspektem, z którym należy się zmierzyć podczas pracy z mizofonią, jest to, że jeśli cierpi na nią wiele osób (różne badania pokazują, że około 12% ludzi ma objawy mizofonii), tylko niewielki

7 Od 1 września 2020 r. do 31 sierpnia 2023 r.

odsetek z nich zna źródło i charakter swojego cierpienia . Z tego powodu w ramach projektu przeprowadzono konkretne działania na temat wiedzy związanej z mizofonią: jako zaburzenia o poważnych konsekwencjach dla życia danej osoby w środowisku szkolnym, w środowisku domowym, w pracy, z przyjaciółmi; a jednocześnie – jako schorzenia, które może być łatwo rozpoznane i skutecznie opanowane przez osoby mizofoniczne oraz osoby z nimi żyjące lub wchodzące w interakcje.

Narzędzia opracowane w ramach inicjatywy, obecnie dostępne w dziewięciu językach (włoskim, angielskim, niemieckim, słoweńskim, greckim, islandzkim, hiszpańskim, tureckim i polskim), to:

- Aplikacja na urządzenia mobilne Misophonia@School. Jest to aplikacja dla nauczycieli do wykorzystania w klasie oraz dla rodziców, młodzieży i dorosłych potencjalnie mizofonicznych, która umożliwia zastosowanie innowacyjnego protokołu przesiewowego w celu identyfikacji osób z mizofonią.
- Kurs eLearningowy Misophonia@School. Jest to kurs online dla nauczycieli i wychowawców, który przedstawia strategie edukacyjne, środowiskowe i behawioralne, aby pomóc uczniom z mizofonią w ich codziennym życiu szkolnym.
- Niniejszy podręcznik pt. Odkrywanie mizofonii. Jak żyć w pełni ze świadomością mizofoniczną. Jest to książka dla każdej osoby, która zamierza pogłębić temat mizofonii, przedstawiając podstawowe i na-

ukowe informacje związane z najnowszymi odkryciami i strategiami leczenia.

- Internetowe centrum zasobów Misophonia@School⁸. Jest ono skierowane do rodzin, nauczycieli szkolnych i edukatorów w środowiskach pozaszkolnych, służy do selekcji, gromadzenia i porządkowania informacji oraz oferuje narzędzia operacyjne.

W tym rozdziale szczegółowo opiszemy tryb działania aplikacji mobilnej Misophonia@School, ponieważ jest to łatwe w użyciu narzędzie do uzyskania pierwszej wskazówki na obecność zaburzenia.

Aplikacja mobilna Misophonia@School

Aplikacja mobilna Misophonia@School, do użytku w klasach lub innych kontekstach edukacyjnych czy domowych, umożliwia przeprowadzanie innowacyjnego protokołu przesiewowego w celu identyfikacji osób z mizofonią. Diagnoza polega na wysłuchaniu serii wyzwalających mizofonię dźwięków (triggerów), które zwykle powodują, że osoby mizofoniczne czują się źle. Mogą być one zaprezentowane dowolnemu podmiotowi w celu obserwacji/analizy jego/jej zachowania. Sytuacje mizofoniczne są obecnie dobrze znane i niekoniecznie muszą być związane z dźwiękami: żucie, ciężkie oddychanie, walenie/stukanie w biurko, widok kogoś potrząsającego nogami lub rękami, notoryczne

8 Dostępne na: wrc.misophonia-school.eu

bycie dotykany i inne. Narzędzie do badania pod kątem mizofonii zostało stworzone jako aplikacja mobilna na systemy Android oraz iOS (Apple iPhones), aby można było z niego łatwo korzystać i je udostępnić. Aplikacja jest dostępna bezpłatnie w odpowiednich sklepach (Play Store i iTunes).

Aplikacja zawiera również zestaw gotowych narzędzi i informacji, takich jak wskazówki dotyczące przeprowadzania badania w celu uzyskania wiarygodnych wyników oraz oceniania udzielanych odpowiedzi i reakcji badanych na triggery. Ponadto, pozwala ona dzielić się wynikami swoich badań – w sposób anonimowy – za pośrednictwem internetowego centrum zasobów Misophonia@School.

Chociaż istnieje już kilka innych podobnych aplikacji mobilnych, aplikacja Misophonia@School jest pierwszą, która powstała w wyniku ogólnoeuropejskiej współpracy, ponadto nie jest własnością żadnego eksperta, instytucji ani inicjatywy lokalnej i jest dostępna w dziewięciu wersjach językowych.

Przystąpienie do testu

Jak już wspomniano, aplikacja mobilna Misophonia@School jest dostępna zarówno na urządzenia z systemem Android, jak i iOS: można ją pobrać z odpowiednich sklepów z aplikacjami i jest przeznaczona do pracy z dziećmi i uczniami w wieku od 8 lat.

Aplikację można zainstalować na telefonach ko-

mórkowych lub tabletach. Aby przystąpić do testu w środowisku szkolnym, każdy uczeń musi mieć własne urządzenie (zgodnie z metodą edukacyjną BYOD: Bring Your Own Device): tablet lub telefon komórkowy ze słuchawkami nausznymi lub dousznymi. Tam, gdzie to możliwe, należy stosować sprzęt dźwiękowy o częstotliwości 20-20 000 Hz, jednak ten zakres nie zawsze jest zadowalający dla wszystkich popularnych produktów komercyjnych. Jeśli tego rodzaju produkt jest niedostępny, nie należy tego traktować jako przeszkody, ponieważ wcześniejsze doświadczenia pokazały, że efekt „wyzwalania mizofonii” pojawia się w różnych warunkach, niezależnie od jakości dźwięku.

Wśród najmłodszych dzieci (np. w wieku 8-10 lat) proponujemy przeprowadzać test przy wsparciu osoby dorosłej (np. nauczyciela w szkole) za pośrednictwem komputerów stacjonarnych lub laptopów. Aplikację można zainstalować na komputerach PC za pomocą emulatora Androida (wiele z nich, dla wszystkich systemów operacyjnych, można znaleźć bezpłatnie w Internecie). W ten sposób osoba dorosła/pomocnik może usiąść obok ucznia i asystować mu podczas testu, podczas gdy on słucha dźwięków. Zaleca się używanie słuchawek, aby uczniowie mogli usłyszeć dokładnie poszczególne dźwięki. Należy upewnić się, że każdemu uczniowi zapewniono ciszę i odpowiednie ramy czasowe (jeśli test nie jest przeprowadzany wśród większej grupy w tym samym czasie, co mogłoby się zdarzyć w przypadku młodszych dzieci).

Przed przeprowadzeniem testu organizator (nauczy-

ciel, rodzic) musi pozyskać liczbę tokenów odpowiadającą liczbie osób biorących udział w eksperymencie. W tym celu organizator musi skorzystać z dedykowanej aplikacji internetowej, która znajduje się w Centrum Zasobów Internetowych Misophonia@School pod adresem: wrc.misophonia-school.eu. Rejestracja jest anonimowa: należy podać jedynie płeć i wiek każdej zaangażowanej osoby, bez szczegółowych danych osobowych.

Procedura korzystania z aplikacji jest następująca. Każdy badany słucha w sumie zestawu 30 dźwięków, które często słyszymy w naszym codziennym życiu. Niektóre z tych dźwięków mogą być nieprzyjemne lub niepokojące. Dla każdego uczestnika testu próbki dźwiękowe są proponowane w losowej kolejności. Każdy dźwięk może być odtwarzany w pętli (odtwarzany w sposób ciągły) i w razie potrzeby można go zatrzymać. Po wysłuchaniu każdego dźwięku badany jest proszony o wyrażenie swojej reakcji, odpowiadając na pięć następujących pytań:

- Jak przyjemny był ten dźwięk?
- Czy ten dźwięk sprawił, że poczułeś/aś się szczęśliwy/a ?
- Czy słuchanie tego dźwięku wywołało u Ciebie złość?
- Czy słuchając tego dźwięku czułeś/aś niesmak?
- Czy słuchanie tego dźwięku sprawiało, że czułeś/aś się fizycznie nieswojo (na przykład chciałeś/aś się oddalić od dźwięku)?

Przy każdym pytaniu badany wskazuje wartość od 0 (wcale) do 10 (tak, bardzo).

Po kliknięciu „Głosuj” odpowiedź jest rejestrowana i następuje odtwarzany jest kolejny dźwięk itd. Po ostatnim dźwięku (numer 30/30) uczestnik testu uzyskuje dostęp do trzech stron z wynikami, aby poznać średni wynik dla różnych kategorii dźwięków. Na koniec, po zamknięciu testu, wyniki każdego uczestnika są wysyłane do internetowej bazy danych i będą dostępne do wglądu: wszystkie przedstawione dane będą anonimowe i powiązane wyłącznie z tokenami uzyskanymi podczas procesu rejestracji.

Interpretacja wyników testu

Na koniec testu każdy uczestnik uzyskuje dostęp do trzech stron z wynikami, aby poznać średni wynik dla różnych kategorii dźwięków. Kategorie są następujące:

- Dźwięki neutralne
- Dźwięki nieprzyjemne
- Dźwięki mizofoniczne

Oczekuje się, że wyniki dla tych trzech kategorii będą różne dla uczniów z mizofonią. W szczególności:

- Dźwięki neutralne: uczniowie mizofoniczni i niemizofoniczni uzyskają takie same wyniki w przypadku pięciu pytań.

- Dźwięki nieprzyjemne: uczniowie mizofoniczni i niemizofoniczni uzyskują takie same wyniki w przypadku pięciu pytań.
- Dźwięki mizofoniczne: uczniowie mizofoniczni i niemizofoniczni otrzymają różne wyniki dla pięciu pytań. Uczniowie mizofoniczni w szczególności przyznają więcej punktów przy pytaniach:
 1. Czy słuchanie dźwięku wywołało w Tobie złość?
 2. Czy słuchając tego dźwięku czułeś/aś nie-smak?
 3. Czy słuchanie dźwięku sprawiało, że czułeś/aś się fizycznie nieswojo?

Wnioski

„Świadomość mizofoniczna”, plan działania dla osób z mizofonią

Autorzy: Mario Campanino

W ostatnich latach osiągnięto wiele kamieni milowych w badaniach nad mizofonią i realnymi uwarunkowaniami osób na nią cierpiących. Brakuje jednak zintegrowanej perspektywy interwencji na różnych poziomach, od instytucjonalnego (zajmowanie się mizofonią przez organy zdrowia publicznego w różnych krajach) po środki ochrony osób z mizofonią w różnych kontekstach społecznych (np. szkoła, miejsca pracy, środki transportu). Jak przekonaliśmy się podczas tej lektury, jeśli z jednej strony wyniki badań naukowych i technik terapeutycznych (przede wszystkim odnoszących się do terapii poznawczo-behawioralnej) wydają się zadowalające, to z drugiej strony brakuje zarówno szerokiej wiedzy o mizofonii w populacji – co zagwarantowałoby osobie z zaburzeniem pas bezpieczeństwa socjalnego na co dzień – oraz formalnego uznania mizofonii przez międzynarodowe środowisko naukowe.

Miejmy nadzieję, że zostanie ona wkrótce dodana na przykład do Podręcznika diagnostyczno-statystycznego zaburzeń psychicznych (DSM-5) lub do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11).

Poznanie tematu mizofonii i praca nad nim była dla wszystkich zaangażowanych w projekt „Misophonia@School – Włącznie uczniów z chorobą mizofoniczną w szkołach europejskich” momentem przyswojenia sobie nowej świadomości. Świat mizofonii to tak naprawdę świat badań, nauki, troski i eksperymentowania, ale to także świat ludzi mizofonicznych z ich wrażliwością, empatią, mocnym nastawieniem do czegoś innego i zrozumieniem tych, którzy potrzebują ciszy, spokoju i odludnego miejsca. W centrum świata osób z mizofonią i dla osób, które z nimi wchodzi w interakcję lub zawodowo zajmują się mizofonią potrzebny jest kompleksowy i zintegrowany plan działania, przede wszystkim intymny i głęboki, który może być jedynie „świadomością mizofoniczną”. Osoby z mizofonią wymagają strategii, w których wszyscy aktorzy będą jednakowo świadomi tego, jak patrzeć na dziecko, które zatyka rękoma uszy, jak również zapoznani z wynikami badań naukowych i protokołami leczenia, czyli planem działania, który podkreśla i odślania złożoność oraz bogactwo tematu i zaangażowanych osób, unikając ukrywania problemu mizofonii.

Na świecie temat ten podjęły – przynajmniej częściowo – ośrodki badawcze i uniwersytety, a z drugiej strony indywidualni profesjonaliści i prywatne inicjatywy. Przyjęta tutaj strategia „świadomości mizofonicz-

nej” wymaga jednak elastycznych narzędzi i licznych podejść, co prowadzi do pytania: jak to osiągnąć?

Wśród proponowanych modeli interwencji jest włoski, reprezentowany przez Włoskie Stowarzyszenie Mizofonii AIMIF, którego działalność była także bodźcem do narodzin projektu Misophonia@School (Włochy są w rzeczywistości krajem promującym i koordynującym projekt). Włoskie Stowarzyszenie Mizofonii AIMIF powstało w listopadzie 2018 roku w celu szerzenia wiedzy o tym zaburzeniu we Włoszech, przyjmowania i wspierania osób z mizofonią na terenie kraju oraz współpracy zarówno w Unii Europejskiej, jak i na arenie międzynarodowej. Od samego początku AIMIF dzieli swoje cele z ośrodkami klinicznymi i badawczymi we Włoszech, aby promować rozwój wspólnych badań i działań klinicznych, opartych na ustaleniach i wynikach międzynarodowych badań i eksperymentów. Sukhbinder Kumar przyczynił się do pierwszych działań Towarzystwa na froncie naukowym, do którego później dołączył M. Zachary Rosenthal, jeden z autorów tej książki.

We wspólnym zaangażowaniu na rzecz poprawy stanu osób cierpiących na mizofonię we Włoszech, AIMIF i powiązane ośrodki badawcze oraz kliniczne przyjmują zasady demokratycznego i wspierającego uczestnictwa, z pełnym poszanowaniem ról zawodowych i potrzeb klinicznych. Terapeuci pracujący dla AIMIF przyczyniają się do zagwarantowania kompetentnej i adekwatnej komunikacji podczas cyklicznych spotkań on-line stowarzyszenia; wnieśli oni również swój wkład podczas pierwszego kongresu AIMIF w dniach 2 i 3 lip-

ca 2022 r., który był pierwszą międzynarodową konferencją na temat mizofonii, jaka kiedykolwiek odbyła się we Włoszech.

Oprócz kongresu, w wyniku nawiązania kontaktów z głównymi międzynarodowymi zrzeszeniami zajmującymi się mizofonią (głównie z USA), Włoskie Stowarzyszenie Mizofonii zostało partnerem planistycznym największego do tej pory wydarzenia online na temat mizofonii o nazwie Misophonia CARE Day – Rozmowy o badaniach dla wszystkich, które odbyło się 16 maja 2023 roku.

Obecnie stowarzyszenie działa na dwóch frontach, które wydają się być najważniejsze we Włoszech, a także w innych krajach europejskich: szkolenie pracowników służby zdrowia i edukacji, psychologów i psychoterapeutów w zakresie mizofonii oraz włączenie mizofonii do uznanych patologii przez Narodową Służbę Zdrowia. Biorąc pod uwagę wykazaną skuteczność i wyrażony potencjał, byłoby korzystne, aby model interwencji Włoskiego Stowarzyszenia Mizofonii został powielony w innych krajach europejskich i na świecie, dopóki pełna „świadomość mizofoniczna” nie zadomowi się jeszcze w naszej wspólnej kulturze (przynajmniej na poziomie europejskim) oraz w naszych krajowych systemach w kręgach zdrowia, edukacji, rodziny i pracy.

Tymczasem musimy patrzeć z optymizmem na nasze cele i ścieżki, które nas czekają.

Dla wielu osób z mizofonią, być może prawie dla wszystkich, to rozpoznanie i narodziny „świadomości mizofonicznej” odpowiadały momentowi, w którym ze-

tknęli się ze słowem „mizofonia”. Nadanie nazwy temu, na co cierpieli, umożliwiło im odróżnienie mizofonii od siebie, uczynienie z niej czegoś innego niż ich własna osoba, dzięki czemu nie czuli się już samotni i mizofoniczni, ale w końcu wiedzieli, że są po prostu osobą z mizofonią, jak wielu innych. Uprzedmiotowanie, zdystansowanie się, bezstronne obserwowanie siebie, świadomość, że nasza odmienność może być badana, analizowana wspólnie z innymi, zarządzana i przezwyciężana.

Niech więc objawi się to słowo; oby nazwano to zaburzenie w 24 językach urzędowych Unii Europejskiej i poza nią, aby nikt nie musiał mierzyć się z niejasnością czegoś, czego nie można nazwać; aby wszyscy ludzie z mizofonią odnaleźli na swojej drodze najistotniejszą samoświadomość.

Мизофония	↔	bułgarski
Mizofonija	↔	chorwacki
Misofonie	↔	czeski
Misofoni	↔	duński
Misofonie	↔	holenderski
Misophonia	↔	angielski
Misofonio	↔	esperanto
Misofoonia	↔	estoński
Misofonia	↔	fiński
Misophonie	↔	francuski
Misophonie	↔	niemiecki
Μισοφωνία	↔	grecki
Mizofónia	↔	węgierski
Hljóðóþol	↔	islandzki

Míofóin	↔	irlandzki
Misofonia	↔	włoski
Mizofonija	↔	łotewski
Mizofonija	↔	litewski
Misofonia	↔	maltański
Mizofonia	↔	polski
Misofonia	↔	portugalski
Misofonie	↔	rumuński
Mizofónia / Misofónia	↔	słowacki
Mizofonija	↔	słoweński
Misofonía	↔	hiszpański
Misofoni	↔	szwedzki
Mizofoni	↔	turecki

O Autorach

Sonja Bercko Eisenreich pogłębiała swoją wiedzę zawodową w terapeutycznych szkołach psychosyntezy i psychoterapii Gestalt po ukończeniu studiów wyższych z zakresu nauk społecznych i humanistycznych. Użyła również specjalizację w zakresie pedagogiki andragogicznej oraz posiada międzynarodową licencję neurolingwisty. W ciągu ostatnich 20 lat większość pracy zawodowej wykonywała jako dyrektor Instytutu Integra – placówki kształcącej i szkolącej w zakresie rehabilitacji zawodowej, a przede wszystkim psychospołecznej osób ze specjalnymi potrzebami. Stworzyła wiele udanych projektów społecznych. Jest autorką kasety z nagraniem zaprojektowanej zgodnie z zasadami sugestopedii oraz książki dla dzieci „Kto jest moim przyjacielem?”, za którą otrzymała nagrodę państwową w 2006 roku. Od ośmiu lat uczy Komunikacji, Etyki i Zasad Etycznych profesjonalistów pracujących w obszarze zatrudnienia oraz rehabilitacji zawodowej. Jest także członkiem stowarzyszeń zawodowych w kraju i za granicą.

Małgorzata Byzia jest nauczycielką języka angielskiego. Posiada tytuł magistra w zakresie filologii angielskiej. Pracuje w Szkole Podstawowej im. Ignacego Ulatowskiego w Gorzycach Wielkich (gmina Ostrów Wielkopolski).

ski). Jej pasją jest motywowanie młodych ludzi do nauki języków obcych, do podróżowania i poznawania świata. Stosuje różnorodne aktywujące oraz interaktywne metody nauczania w klasie. Ponadto, ukończyła studia podyplomowe z zakresu Pedagogiki Specjalnej i odnosi sukcesy w pracy z dziećmi z różnorodnymi dysfunkcjami, np. dysleksja rozwojowa oraz z zaburzeniami neurologicznymi, takimi jak autyzm, zespół Aspergera, mutyzm. Od 2014 roku współpracuje z Okręgową Komisją Egzaminacyjną w Poznaniu, pełni funkcję egzaminatora poprawiając i oceniając arkusze egzaminacyjne. Posiada wieloletnie doświadczenie w koordynowaniu projektów unijnych Comenius i Erasmus plus.

Mario Campanino jest nauczycielem, kierownikiem projektów na poziomie europejskim i założycielem w 2018 r. oraz prezesem Włoskiego Stowarzyszenia Mizofonii. Był pracownikiem naukowym we Włoskim Narodowym Instytucie Badań Edukacyjnych (INDIRE), a wcześniej odpowiadał za projekty w centrum naukowym Fondazione Idis-Città della Scienza w Neapolu we Włoszech. Ukończył Muzykologię na Uniwersytecie w Bolonii w 2003 roku i uzyskał tytuł doktora Nauk o Komunikacji na Uniwersytecie w Salerno w 2008 roku. Był członkiem różnych krajowych komitetów ds. edukacji młodzieży szkolnej i dorosłych, takich jak: Komisja ds. Rozwoju Nauki i Technologii, włoskie Ministerstwo Edukacji, Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Edukacji Dorosłych – EAEA) i innych. Brał udział w kilku projektach finansowanych przez Unię Europejską w zakresie

edukacji szkolnej, edukacji dorosłych, sztuki oraz nauki i społeczeństwa.

Teresa Giovanna Crisci jest nauczycielką języka angielskiego w szkole średniej w Giovanni XXIII w Santa Maria a Vico we Włoszech. Uczy od ponad 20 lat, a nauczanie to nie tylko jej praca, ale i pasja. Uczestniczyła w kursach nauczania języka angielskiego dzieci z trudnościami w uczeniu się. Uczęszczała do Szkoły Podstawowej w Dartford w Anglii, maturę zdała z języka angielskiego, włoskiego oraz literatury angielskiej. Poza tym ukończyła studia we Włoszech na uniwersytecie Orientale w języku angielskim i francuskim. Posiada kwalifikacje do pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami i sama szkoli nauczycieli. Prowadzi własną szkołę języka angielskiego dla dzieci w każdym wieku, dla młodzieży i dorosłych na poziomie od A1 do C2 oraz przygotowuje do egzaminów Cambridge. Jest także egzaminatorem Cambridge. Lubi uczyć języka angielskiego przy użyciu najbardziej aktualnych metod, piosenek, gier oraz techniki reagowania całym ciałem (TPR - Total Physical Response).

Wolfgang Eisenreich studiował biologię i biochemię na Uniwersytecie Wiedeńskim. Jest członkiem i założycielem Naukowej Inicjatywy Dolna Austria (WIN) i ma ponad 25-letnie doświadczenie w koordynowaniu projektów międzynarodowych, zwłaszcza w projektach edukacji dorosłych. Jest autorem kilku Wytocznych i Podręczników projektów Leonardo da Vinci i Erasmus+, głównie w sektorze zdrowia oraz żywienia.

Engin Eker jest doktorem psychologii. Jest wykładowcą na Uniwersytecie Aydin w Stambule, gdzie wykłada od kilku lat. Oprócz swojej roli akademickiej, Eker pracował jako psycholog kliniczny w klinice psychiatrycznej przez okres 10 lat. Kierował również działem projektów społecznych w dyrekcji zdrowia publicznego Ministerstwa Zdrowia Turcji. Z ponad 20-letnim doświadczeniem kontynuuje swoją pracę w psychoterapii psychoanalitycznej dorosłych i dzieci. Jego zainteresowania badawcze obejmują takie tematy jak relacje matka-dziecko, przywiązanie, agresja oraz psychopatologiczne przejawy agresji.

Rachel Guetta jest doktorantką piątego roku psychologii klinicznej w Centrum Mizofonii i Regulacji Emocji oraz na Wydziale Psychologii i Neuronauki Uniwersytetu Duke'a. Jej badania koncentrują się na ocenie i leczeniu procesów transdiagnostycznych leżących u podstaw mizofonii i związanych z nią stanów regulacji emocji.

Mariagrazia Inglese jest nauczycielką w szkole podstawowej, zajmuje się włączaniem dzieci niepełnosprawnych zapisanych do szkół podstawowych i średnich. Obecnie uczy w placówce szkolnej Giovanni XXIII w Santa Maria a Vico (Włochy), gdzie od 2016 roku współpracuje z dyrektorem szkoły przy wdrażaniu interwencji dotyczących integracji i dystresu społecznego. Jest również osobą referencyjną w instytucie Giovanni XXIII dla projektu Edufibes - Budowa modelu identyfi-

kacyjnego BES w ramach ICF. Posiada ponad 10-letnie doświadczenie w opracowywaniu i realizacji projektów mających na celu wykorzystanie funduszy europejskich w zakresie integracji w szkole. Jest członkiem Włoskiego Stowarzyszenia Mizofonii.

María D. Jiménez Asencio ukończyła Psychologię i Pedagogikę ze specjalizacją w zakresie słuchu i języka na Uniwersytecie w Maladze w Hiszpanii w 2000 i 1997 roku. Najpierw przez pięć lat pracowała jako tłumaczka języka migowego z osobami niesłyszącymi i głucho-niewidomymi. Przez ostatnie 20 lat pracowała jako nauczycielka przedmiotów zawodowych w różnych szkołach średnich w Andaluzji, a obecnie pracuje w IES Mayorazgo w Maladze.

Hjörtur H. Jónsson studiował fizykę na Islandii i w Niemczech, a po ukończeniu studiów w latach 1995–1998 piastował stanowisko adiunkta na Uniwersytecie w Akureyri. W latach 1998–2004 pracował nad badaniami genetycznymi w Decode Genetics, gdzie kierował grupą specjalistów zajmujących się analizą danych z eksperymentów dotyczących chorób metabolicznych. Od 2004 roku Hjörtur pracował jako specjalista ds. finansów, najpierw w Landsbankinn, a później w ALM Securities. Hjörtur jest ojcem dwójki niedosłyszących dzieci i od 2000 roku aktywnie działa na rzecz interesów osób niesłyszących i niedosłyszących w Islandii, gdzie przez wiele lat był przewodniczącym zarządu islandzkiego stowarzyszenia rodziców na rzecz głucho-

niemych i niedosłyszących oraz Heyrnarhjálp, krajowej organizacji na rzecz osób niedosłyszących w Islandii

Ídill Merey jest nauczycielką chemii w szkole średniej. Pracuje w Kumluca Sinav College, odpowiada również za projekty Erasmus plus. Ma duże doświadczenie w nauczaniu różnymi metodami, w projektach unijnych, w nauczaniu zdalnym, wykorzystaniu technik informacyjno-komunikacyjnych w klasie i prowadzeniu projektów naukowych. Od 24 lat uczy chemii w różnych szkołach prywatnych, a od 12 lat koordynuje lub uczestniczy w projektach Erasmus plus. Dzięki jej pasji, młodzi ludzie doskonalą się zarówno pod względem psychicznym jak i psychologicznym.

Ashley Moskovich jest doktorem psychologii i adiunktem na Wydziale Psychiatrii i Nauk Behawioralnych na Duke University. Jest członkiem wydziału w Centrum Mizofonii Duke i prowadzi badania koncentrujące się na zrozumieniu i leczeniu mizofonii. Jest ona również głównym wykładowcą i współdyrektorem operacji klinicznych w ACT w Duke, programie badań, usług klinicznych i szkoleń zawodowych w zakresie Terapii Akceptacji i Zaangażowania oraz kontekstualnej nauki behawioralnej.

Manuel Pérez Baena jest nauczycielem języka angielskiego w liceum Mayorazgo w Maladze w Hiszpanii. Jego doświadczenie jako nauczyciela rozpoczęło się w 1988 roku i dotyczyło nauczania języka angielskiego i hiszpańskiego jako języków obcych. Posiada on różne

certyfikaty językowe w zakresie hiszpańskiego, angielskiego, niemieckiego, współczesnej greki i włoskiego. Jest autorem i współautorem szeregu publikacji z zakresu literatury, sztuki i teatru.

Zach Rosenthal jest psychologiem klinicznym i profesorem nadzwyczajnym na Wydziale Psychiatrii i Nauk Behawioralnych oraz Wydziale Psychologii i Neuro nauki na Uniwersytecie Duke w Karolinie Północnej w USA. Jest dyrektorem Centrum Mizofonii i Regulacji Emocji, gdzie kieruje zespołem prowadzącym badania, edukującym i opracowującym ścieżki opieki klinicznej nad mizofonią. Kieruje Programem Badań Poznawczo-Behawioralnych i Leczenia Duke'a, jest zastępcą głównego psychologa w Centrum Medycznym na Uniwersytecie Duke oraz pełnił funkcję wiceprzewodniczącego Wydziału Psychiatrii i Nauk Behawioralnych ds. Usług Klinicznych. Dr Rosenthal przez całą swoją karierę był finansowany z grantów federalnych, fundacji i prywatnej filantropii, a w ostatnich latach pisał i intensywnie pracował nad Mizofonią.

Yanyan Shan jest doktorantką Wydziału Psychologii i Neuronauki na Uniwersytecie Duke w Karolinie Północnej. Prowadzi badania w Centrum Mizofonii i Regulacji Emocji pod kierunkiem dr. Zacha Rosenthala, skupiając się na zrozumieniu czynników transdiagnostycznych w psychopatologii oraz mechanizmach leczenia mizofonii i współistniejących zaburzeń psychicznych. Jest licencjonowaną terapeutką w Chinach i certyfikowaną

terapeutką Terapii Przetwarzania Poznawczego. Pełni również funkcję sekretarza Oddziału Zdrowia Psychicznego Stowarzyszenia Medycyny Precyzyjnej Guangdong w Chinach i jest członkiem Stowarzyszenia Terapii Poznawczo-Behawioralnej Chińskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Marta Siepsiak jest psychologiem, psychoterapeutą, muzykoterapeutą i badaczem. Uzyskała tytuł doktora na Uniwersytecie Warszawskim, gdzie prowadziła projekt „Psychologiczne i psychofizjologiczne korelaty mizofonii” finansowany przez Narodowe Centrum Nauki (NCN). W ramach stypendium ufundowanego przez NCN odbyła staż w Centrum Mizofonii i Regulacji Emocji na Uniwersytecie Duke w USA. Poza środowiskiem akademickim pracuje jako klinicysta, głównie z dziećmi, młodzieżą i młodymi dorosłymi, w tym z osobami cierpiącymi na mizofonię. Jej główne zainteresowania badawcze i kliniczne obejmują mizofonię i nadreaktywność sensoryczną, ośrodkowe zaburzenie przetwarzania słuchowego, psychologię muzyki, zaburzenia lękowe i nienormalną psychologię dziecięcą.

Jacqueline Trumbull jest doktorantką psychologii klinicznej na Uniwersytecie Duke oraz w Centrum Mizofonii i Regulacji Emocji. Prowadziła badania oraz leczenie mizofonii i ogólnie koncentruje się na roli emocji samoświadomych, takich jak wstyd, w zaburzeniach charakteryzujących się dużą dysregulacją emocji.

Słowniczek

Przednia wyspa

W mózgu ssaków, w obu półkulach, jest to przód tzw. „kory wyspowej”. Wiadomo, że przednia wyspa jest zaangażowana w przetwarzanie emocji, kontrolę motoryczną, doświadczenia interpersonalne oraz w kontrolną aktywność naszych narządów wewnętrznych, takich jak serce/płuca (zobacz Rozdział 2, str. 15-16).

Pobudzenie

Reakcja, która występuje u osoby mizofonicznej wystawionej na ‘dźwięki wyzwalające’. Może występować na poziomie sensorycznym, cielesnym lub emocjonalnym. Polega na niepokojącym uczuciu i powoduje tak zwaną reakcję ‘walczyć lub uciekać’ (zobacz Rozdział 2, str. 13, i Rozdział 5, str. 34-35).

Biofeedback (zobacz także Neurofeedback)

Jest to proces treningowy, który pozwala jednostce kontrolować reakcje fizjologiczne organizmu, takie jak tętno i temperaturę skóry, podczas wystawienia na różne bodźce sensoryczne lub odczuwanie emocji (zobacz Rozdział 2, str. 18).

Terapia Poznawczo-Behawioralna (CBT)

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) jest zorientowana na uświadomieniu podmiotowi jego własnych „przekonań” (wiedzy, myśli, przeszłych doświadczeń) związanych z określonymi sytuacjami lub bodźcami będącymi źródłami dyskomfortu, niepokoju lub złego samopoczucia. Świadomość i przeformułowanie tych przekonań ma na celu umożliwienie jednostce rozwinięcia umiejętności „radzenia sobie” w odniesieniu do samych sytuacji (zobacz Rozdział 6, str. 41-48).

Choroba współistniejąca

Współistnienie dwóch lub więcej patologii u tej samej osoby jest elementem budzącym duże zainteresowanie, szczególnie w odniesieniu do patologii będących przedmiotem wstępnych badań lub pierwszej definicji, takich jak mizofonia (zobacz Rozdział 5, str. 34-40).

Reakcja „walcz lub uciekaj”

Jest to fizjologiczna reakcja neuronalna, która pojawia się w odpowiedzi na sytuację odczuwaną jako niebezpieczną i zwykle występuje u osób z mizofonią, gdy są nadmiernie pobudzone dźwiękami wyzwalającymi. Ma ogromny wpływ na jednostkę, u której jest uwalniana, ponieważ wpływa na autonomiczny układ nerwowy, a następnie powoduje uwolnienie różnych hormonów (zobacz Rozdział 2, str. 15, i Rozdział 5, str. 34).

Częstotliwość (wysokość dźwięku)

W akustyce definiuje się ją jako liczbę drgań na jed-

nostkę czasu (sekundę). Duża liczba wibracji na sekundę wytwarza wysokie dźwięki, takie jak ćwierkanie ptaków, podczas gdy mała liczba wibracji na sekundę wytwarza niskie dźwięki, takie jak grzmot (zobacz Rozdział 8, str. 60).

Nadwrażliwość słuchowa

Polega na zwiększonej wrażliwości na dźwięk. Osoby cierpiące na nadwrażliwość słuchową odbierają ciche i normalnie komfortowe dźwięki za bardzo głośne (zobacz Rozdział 1, str. 9-10).

Włączanie

Spółecznie rzecz biorąc, dotyczy indywidualnego włączenia i uczestnictwa w różnych sferach społecznych a także obejmuje włączanie w edukacji i pracy. Jej ostatecznym celem jest zapewnienie aktywnego zaangażowania każdej jednostki w życie społeczne niezależnie od obecności elementów ograniczających (zobacz Rozdział 3 i Rozdział 4, str. 27).

Uczenie się

Może mieć miejsce w kontekstach formalnych, takich jak szkoła, uniwersytet lub szkolenie zawodowe, kontekstach nieformalnych, takich jak zwiedzanie muzeum i wyjazd na wycieczkę w ramach działalności kulturalnej, lub kontekstach nieoficjalnych, takich jak rozmowy z przyjaciółmi lub informacje zaczerpnięte z filmów (zobacz Rozdział 3, str. 24, Rozdział 4, i Rozdział 6, str. 46).

Głośność (dźwięk)

W akustyce jest to subiektywna percepcja natężenia dźwięku (pozwalająca na rozróżnienie dźwięków głośnych i słabych). Inaczej niż w przypadku nadwrażliwości słuchowej, w mizofonii głośność nie stanowi problemu: zarówno ciche, jak i głośne dźwięki mogą powodować niepokój (zobacz Rozdział 1, str. 9-10).

Naśladownictwo

Polega na „automatycznym” i nieświadomym kopiowaniu działań innych. Uważa się, że mechanizm naśladowania odgrywa ważną rolę w wystąpieniu reakcji mizofonicznej (zobacz Rozdział 2, str. 16-17).

Neurofeedback (zobacz także Biofeedback)

Jest to rodzaj biofeedbacku, który dotyczy aktywności mózgu: zwykle opiera się na przepływie informacji uzyskanych za pomocą elektroencefalografii – EEG (zobacz Rozdział 2, str. 18).

Neuronauka

Obejmuje wszystkie badania dotyczące układu nerwowego i obejmuje kilka dziedzin biologicznych, takich jak biologia molekularna, biologia komórki, biologia rozwoju, fizjologia, biochemia, anatomia, genetyka itp. Pomimo długiej historii, neuronauka otrzymała decydujący impuls w drugiej połowie XX wieku, dzięki rozwojowi nowoczesnych technologii medycznych i informatycznych (zobacz Wstęp, str. 5).

Fonofobia

Jest to lęk przed dźwiękami, na ogół również dźwiękami uważanymi za normalne i o akceptowalnym natężeniu, ale nie jest on spowodowany wyłącznie określonym zestawem dźwięków, jak w przypadku mizofonii (zobacz Rozdział 1, str. 9, i Rozdział 5, str. 36).

Przeznaczkowa Stymulacja Magnetyczna (TMS)

Jest to metoda terapeutyczna polegająca na zastosowaniu przezczaszkowych stymulatorów magnetycznych, nieinwazyjnych, z funkcją remodulowania aktywności ośrodków mózgowych związanych z szeregiem zaburzeń medycznych i psychiatrycznych (zobacz Rozdział 2, str. 18).

Dźwięk wyzwalający - trigger

Dźwięki, które w szczególnie gwałtowny sposób wywołują reakcję mizofoniczną u osób dotkniętych chorobą. Są to przede wszystkim odgłosy żucia, połykania i oddechania wydawane przez innych (zobacz Rozdział 1, str. 8 i 9).

Biały szum

Jest to dźwięk kreowany przez zestaw wszystkich słyszalnych częstotliwości wytwarzanych z jednakową intensywnością: z tego powodu jest bardzo skuteczny w maskowaniu dźwięków otoczenia, które mogą być irytujące, takich jak dźwięki wyzwalające. Przypomina szum wody, słyszany podczas ulewy lub w pobliżu wodospadu (zobacz Rozdział 2, str. 17, Rozdział 3, str. 23, i Rozdział 4, str. 32).

Bibliografia

- Bedics, J. (Ed.). (2020). *The handbook of dialectical behavior therapy: Theory, research and evaluation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Bitsko, R. H., Claussen, A. H., Lichstein, J., Black, L. I., Jones, S. E., Danielson, M. L., ... & Meyer, L. N. (2022). Mental health surveillance among children—United States, 2013–2019. *MMWR supplements*, *71*(2), 1.
- 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*, 1. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00847>
- Claiborn, J. M., Dozier, T. H., Hart, S. L., & Lee, J. (2020). Self-identified misophonia phenomenology, impact, and clinical correlates. *Psychological Thought*, *13*(2), 349–375. <https://doi.org/10.37708/psyct.v13i2.454>
- Daniels, E. C., Rodriguez, A., & Zabelina, D. L. (2020). Severity of misophonia symptoms is associated with worse cognitive control when exposed to misophonia trigger sounds. *PLoS ONE*, *15*(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227118>

- Dozier, T. H. (2017). *Understanding and Overcoming Misophonia. A Conditioned Aversive Reflex Disorder*. Second edition. Livermore, CA: Misophonia Treatment Institute.
- Efraim Kaufman, A., Weissman-Fogel, I., Rosenthal, M. Z., Kaplan Neeman, R., & Bar-Shalita, T. (2022). Opening a window into the riddle of misophonia, sensory over-responsiveness, and pain. *Frontiers in Neuroscience*, *0*, 1286. <https://doi.org/10.3389/FNINS.2022.907585>
- Eijsker, N., Schröder, A., Smit, D. J. A., van Wingen, G., & Denys, D. (2019). Neural Basis of Response Bias on the Stop Signal Task in Misophonia. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00765>
- Frank, B., & McKay, D. (2019). The Suitability of an Inhibitory Learning Approach in Exposure When Habituation Fails: A Clinical Application to Misophonia. *Cognitive and Behavioral Practice*, *26*(1), 130–142. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.04.003>
- Frank, B., Roszyk, M., Hurley, L., Drejaj, L., & McKay, D. (2019). Inattention in misophonia: Difficulties achieving and maintaining alertness. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/13803395.2019.1666801>
- Guetta, R. E., Cassiello-Robbins, C., Anand, D., & Rosenthal, M. Z. (2022). Development and psycho-

metric exploration of a semi-structured clinical interview for Misophonia. *Personality and Individual Differences*, 187, 111416. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111416>

Harrison, L. A., Kats, A., Williams, M. E., & Aziz-Zadeh, L. (2019). The Importance of Sensory Processing in Mental Health: A Proposed Addition to the Research Domain Criteria (RDoC) and Suggestions for RDoC 2.0. *Frontiers in Psychology*, 0(FEB), 103. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.00103>

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231390>

Jager, I. J., Vulink, N. C., Bergfeld, I. O., Loon, A. J., & Denys, D. A. (2020). Cognitive behavioral therapy for Misophonia: A randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 38(7), 708–718. <https://doi.org/10.1002/da.23127>

Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. M. (2000). Tinnitus retraining therapy (TRT) as a method for treatment of tinnitus and hyperacusis patients. *Journal of the American Academy of Audiology*, 11(3), 162-177.

- Kamody, R. C., & Del Conte, G. S. (2017). Using dialectical behavior therapy to treat misophonia in adolescence. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 19(5), 17102105.
- 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. <https://doi.org/DOI: 10.1192/bjo.2021.978>
- Lane, S., Reynolds, S., & Thacker, L. (2010). Sensory over-responsivity and ADHD: differentiating using electrodermal responses, cortisol, and anxiety. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 4. <https://doi.org/10.3389/fnint.2010.00008>
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161. <https://doi.org/10.1177/014544551039092>
- Lewin, A. B., Dickinson, S., Kudryk, K., Karlovich, A. R., Harmon, S. L., Phillips, D. A., ... & Ehrenreich-May, J. (2021). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for misophonia in youth: Methods for a clinical trial and four pilot cases. *Journal of Affective Disorders*, 291, 400-408. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.027>
- McArthur, A. L.-H. (2022). The Debate Over Sensory Processing Disorder. *American Journal of Psychia-*

try Residents' Journal, 17(4), 14–15. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2022.170405>

Mckay, D., Kim, S.-K., Mancusi, L., Storch, E. A., & Spankovich, C. (2018). *Profile Analysis of Psychological Symptoms Associated with Misophonia: A Community Sample*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.07.002>

Miller, L., Nielsen, D., Schoen, S., & Brett-Green, B. (2009). Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 3. <https://doi.org/10.3389/neuro.07.022.2009>

Neacsiu, A. D., Szymkiewicz, V., Galla, J. T., Li, B., Kul-karni, Y., & Spector, C. W. (2022). The neurobiology of misophonia and implications for novel, neuroscience-driven interventions. *Frontiers in Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.893903>

Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4). https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2007/07000/Epidemiology_of_attention_deficit_hyperactivity.13.aspx

Rinaldi, L. J., Simner, J., Koursarou, S., & Ward, J. (2022). Autistic traits, emotion regulation, and sensory sensitivities in children and adults with Misophonia. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05623-x>

- Rosenthal, M. & Anand, Deepika & Cassiello-Robbins, Clair & Williams, Zachary & Guetta, Rachel & Trumbull, Jacqueline & Kelley, Lisalynn. (2021). Duke Misophonia Questionnaire. 10.13140/RG.2.2.25736.55049
- Rosenthal, M. Z., McMahon, K., Greenleaf, A. S., Cassiello-Robbins, C., Guetta, R., Trumbull, J., Anand, D., Frazer-Abel, E. S., & Kelley, L. (2022). Phenotyping misophonia: Psychiatric disorders and medical health correlates. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.941898>
- Rouw, R., & Erfanian, M. (2018). A Large-Scale Study of Misophonia. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22500>
- Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2017). Case study: a novel application of mindfulness-and acceptance-based components to treat misophonia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 221-225. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.04.003>
- Schröder, A., van Diepen, R., Mazaheri, A., Petropoulos-Petalas, D., Soto de Amesti, V., Vulink, N., & Denys, D. (2014). Diminished N1 Auditory Evoked Potentials to Oddball Stimuli in Misophonia Patients. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00123>
- Schröder, A. E., Vulink, N. C., van Loon, A. J., & Denys, D. A. (2017). Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.017>

- Schröder, A., Vulink, N., & Denys, D. (2013). Misophonia: Diagnostic Criteria for a New Psychiatric Disorder. *PLoS ONE*, 8(1), e54706. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054706>
- Schur, R. (2020). More About Misophonia: A disorder, unknown, misunderstood, and often life disruptive. The Netherlands: Argentum Publishing House.
- 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. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2022.110777>
- Siepsiak, M., Śliwerski, A., & Łukasz Dragan, W. (2020). Development and Psychometric Properties of MisoQuest—A New Self-Report Questionnaire for Misophonia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1797. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051797>
- Siepsiak, M., Sobczak, A. M., Bohaterewicz, B., Cichoński, 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155464>
- Silva, F. E. da, & Sanchez, T. G. (2019). Evaluation of selective attention in patients with misophonia. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 85(3), 303–309. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.02.005>

- Simner, J., Koursarou, S., Rinaldi, L. J., & Ward, J. (2021). Attention, flexibility, and imagery in misophonia: Does attention exacerbate everyday disliking of sound? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 43(10), 1006–1017. <https://doi.org/10.1080/13803395.2022.2056581>
- Smith, E. E., Guzick, A. G., Draper, I. A., Clinger, J., Schneider, S. C., Goodman, W. K., ... & Storch, E. A. (2022). Perceptions of various treatment approaches for adults and children with misophonia. *Journal of Affective Disorders*, 316, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.020>
- Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 127–136. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein>
- Swedo, S. E., Baguley, D. M., Denys, D., Dixon, L. J., Erfanian, M., Fioretti, A., ... & Raver, S. M. (2022). Consensus definition of misophonia: A delphi study. *Frontiers in Neuroscience*, 224. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.841816>
- Sztuka, A., Pospiech, L., Gawron, W., & Dudek, K. (2010). DPOAE in estimation of the function of the cochlea in tinnitus patients with normal hearing. *Auris Nasus Larynx*, 37(1), 55-60.
- Taylor, D. J., & Pruiksma, K. E. (2014). Cognitive and behavioural therapy for insomnia (CBT-I) in psychia-

tric populations: A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 26(2), 205–213. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.9028>

Williams, Z. J., He, J. L., Cascio, C. J., & Woynaroski, T. G. (2021). A review of decreased sound tolerance in autism: Definitions, phenomenology, and potential mechanisms. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 121, pp. 1–17). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.11.030>

Wu, M. S., Lewin, A. B., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Misophonia: Incidence, phenomenology, and clinical correlates in an undergraduate student sample. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22098>

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*. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.05.001>

Druk: Artigrafiche La Moderna
Rzym, marzec 2023