

【入選】

当事者研究としてのミソフォニア

——自己体験に基づく混合研究 (N=1、トリガーと情動反応の分析)

外国語学部 スペイン語学科2年

雪江 勇太

要 旨

本研究は自己体験を基盤とした混合的方法によりミソフォニアの特徴を検討した。量的研究結果では単一被験者 (N=1) の重度のミソフォニア症状が確認され、うつ・不安は低値で、症状の中核がミソフォニア固有にあることが示された。質的研究結果では咀嚼・呼吸・発話音が主要トリガーで、授業や会食といった離席困難な場面で強い負担が集中した。感情は怒りから嫌悪へ移行する一方で生理反応は持続し、耳栓等の遮断は限定的であったが、距離確保は安定に寄与した。考察では、苦痛の中に意味を見いだすエウダイモニアの幸福の視点や、「殺意」という過剰表現を避け実態に即した言葉を用いる重要性を論じた。

序 論——ミソフォニアの現状を知る

(1) ミソフォニアとは

ミソフォニアは、他者が発する日常的な音(咀嚼、呼吸、発声など)に対して強い怒りや不快を引き起

こす現象で、社会生活や人間関係に大きな影響を与える。英国の調査では、約5人に1人が何らかの形で該当するという¹。特徴的なのは、音の大きさではなく特定のパターンや意味によって反応が生じる点であり、反復的で身体由来の音が多い。こうした「トリガー音」に注意が奪われ、強い情動・生理・行動反応を示すため、学業・職業・社会的機能に支障をきたすことがある。症状は軽度から重度まで幅広く、本人が不釣り合いな反応であると自覚する場合もある。多くは幼少期～思春期に発症する²。

次にミソフォニアの歴史的・神経科学的・測定面についての現時点での研究を明示する。

(2) ミソフォニアの歴史

ミソフォニアの歴史は浅いことがわかる³。音に対する耐容性低下 (Decreased Sound Tolerance, DST) という広い枠組みは、2002年にJastreboff & Jastreboff によって明確に提唱され、耳鼻咽喉科や聴覚学の分野に導入された⁴。このDSTの中核には、音が異常に大きく聞こえるHyperacusis (聴覚過敏) と、特定の音に対する強い嫌悪・回避反応であるMisophonia (ミソフォニア) が位置づけられる。恐

¹ Jeff Grabmeier 「Misophonia is more than just hating the sound of chewing」 Neuroscience News, 2022年8月17日, <https://neurosciencenews.com/misophonia-neuroscience-21256/> (2025年7月12日閲覧)

² Swedo S. E. et al. 「Consensus Definition of Misophonia: A Delphi Study」 *Frontiers in Neuroscience*, 2022年, 16:841816. <https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2022.841816/full> (2025年9月19日閲覧)

³ これは総合的評価 (歴史に基づく叙述) である。2002年のDST枠組み提示 (Jastreboff & Jastreboff, 2002)、2013年の診断基準とA-MISO-S提示 (Schroder et al., 2013)、2018年の総説 (Brout et al., 2018)、2020年のイグノーベル賞を受賞。これらの初出年と研究の蓄積速度からの私の総合的評価である。

怖反応が優勢な場合にはPhonophobia（音恐怖症）として臨床的に説明されることもあるが、DSTの枠組みにおいては主にHyperacusisとMisophoniaが基本的分類とされる⁵。2010年代に入ると、臨床研究や神経科学的研究が進展し、ミソフォニアは独立した症候群として徐々に認知されるようになった⁶。この過程で、Schröderらが臨床的診断基準とAmsterdam Misophonia Scale (A-MISO-S)を提案し、精神医学における取り扱いが整備され始めた⁷。2020年には、オランダ・アムステルダム大学医療センターのDamiaan Denysによるミソフォニアに関する研究がイグノーベル賞（医学部門）を受賞した。これは「咀嚼音など他者の生活音が引き起こす強い心理的苦痛」を精神医学上の未認知症候群として明確に記述した研究として評価され、国際的に注目を集めた⁸。この出来事は、学術的にも社会的にもミソフォニアの存在を広く知らしめる契機となった⁹。しかし依然として、社会全体での認知度は低く、ミソフォニアの理解や当事者支援の整備は未だに十分とは言えない¹⁰。

(3) 神経科学

近年の神経科学的研究によれば、ミソフォニアは単なる「音が嫌い」という現象にとどまらないということが示されている。fMRI研究では、トリガー音を聞いたときに脳の中の前部島皮質と呼ばれる感情処理に関わる領域が過剰に活動し、それが怒りや嫌悪だけでなく心拍の上昇や呼吸の乱れといった身体反応につながる事が報告されている¹¹。さらに、別の研究では「他人の口や顔の動きを脳が過剰に“ミラー”してしまう」という運動系の関与も示唆されている¹²。つまり、咀嚼音やタイピング音などのトリガー音は、脳が「相手の動作」として強く認識し、それが嫌悪やストレス反応を引き起こす可能性がある。

このように、ミソフォニアは「聴覚の異常」ではなく、感情・身体・運動が結びついた複合的な神経機構として理解されつつある¹³。

(4) 測定面

ミソフォニア研究において、症状の測定は未だに

⁴ Jastreboff, P. J., & Jastreboff, M. M. 「Decreased sound tolerance and tinnitus retraining therapy」 *Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 2002年, 24(2), pp.74-84. https://www.researchgate.net/publication/247830677_Decreased_Sound_Tolerance_and_Tinnitus_Retraining_Therapy_TRT (2025年7月19日閲覧) 「導入された」は学術領域への浸透を示す叙述（レビューや臨床文脈での引用多数）で、厳密には2002論文そのものは「提案・定義の明確化」。導入・普及は2000年代以降の関連文献を通じたプロセスという含意である。

⁵ 参考文献同上 原文要旨 “we proposed that decreased sound tolerance actually consists of two components…”

⁶ Brout, J. J., et al. 「Investigating Misophonia: A Review of the Empirical Literature, Clinical Implications, and a Research Agenda」 *Frontiers in Neuroscience*, 2018年, 12:36. <https://www.frontiersin.org/journals/neuroscience/articles/10.3389/fnins.2018.00036/full> (2025年7月19日閲覧) 原文要旨：“Misophonia is a complex neurophysiological and behavioral syndrome…”（症候群としての特性の記述），“small but growing literature”（研究蓄積が進行中）、一方で“has not been formally recognized as a specific … disorder”（正式分類は未確立）と併記されている。本文の徐々に認知とは、研究コミュニティ内での記述・議論が進んだという意味だと解釈した。つまり、ミソフォニアは独立した“疾患”として正式に承認はされていないのである。

⁷ 6と同様

⁸ NL Times 「Amsterdam research on Misophonia wins Ig Nobel prize」（記事）, 2020年9月18日. <https://nltimes.nl/2020/09/18/amsterdam-research-misophonia-wins-ig-nobel-prize> (2025年7月19日閲覧)

⁹ これは叙述的評価（合理的推論）である。影響の規模を量的評価するデータは限定的なので叙述として留める意味である。

¹⁰ 6と同様 「定義の不一致が進展を妨げてきた」 “absence of a common … definition hinders progress”より

¹¹ Kumar, S., Tansley-Hancock, O., Sedley, W., Winston, J. S., Callaghan, M. F., Allen, M., Cope, T. E., Gander, P. E., Bamiou, D. E., & Griffiths, T. D. 「The Brain Basis for Misophonia」 *Current Biology*, 2017年, 27(4), 527-533. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2016.12.048> (2025年8月4日閲覧)

¹² Kumar, S., Dheerendra, P., Erfanian, M., Benzaquén, E., Sedley, W., Gander, P. E., Lad, M., Bamiou, D.-E., & Griffiths, T. D. 「Misophonia is associated with altered brain activity in the auditory cortex and salience network」 *Scientific Reports*, 2021年, 11:10300. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89445-8> (2025年8月9日閲覧)

確立途上の状態にあるが、代表的に用いられているのが S-Five と A-MISO-S である。

S-Five (Selective Sound Sensitivity Syndrome Scale) とは、ミソフォニアを多次的に評価するために開発された尺度である。ミソフォニアの症状の重さだけでなく、怒り・嫌悪感情、身体反応、日常生活への影響、対人関係上の困難などを区分して捉えることができる¹⁴。また、一般集団を対象とした研究では、S-Five を用いた有病率推定（著しい負担を伴うミソフォニア：18.4%）や、妥当性・信頼性の検証が報告されている¹⁵。S-Five を採用することで、単純な「ある／なし」ではなく、症状が個人の生活にどのような影響を与えているかを多角的に把握できる点に意義がある。

一方、A-MISO-S (Amsterdam Misophonia Scale) は、臨床場面での重症度評価に特化しており、強迫性障害の診断基準を参考に作成された。後に改訂された AMISOS-R では、信頼性・妥当性が国際的に検証されつつあるが¹⁶、A-MISO-S は臨床症状の強さを量的に示すことができるため、研究上の「対象の重症度区分」に有用である。

本研究では、S-Five を用いて日常生活全般への多次的な影響を把握し、A-MISO-S を用いて臨床的重症度を明確に位置づける。両者を併用することで、「生活の質」と「精神医学的重症度」という二つの側面を同時に捉えることが可能となる。さらに、併せて使用する PHQ-9（うつ症状の重症度評価）と GAD-7（不安症状の重症度評価）により、併存症の有無や心身反応の広がりを確認でき、測定

全体像が補強される。

しかしながら現時点での研究は自己報告や小規模な臨床報告が中心であり、個別の主観的経験を深く掘る研究と量的研究を統合する試みは発展途上である。そのため、私は、自己体験を丁寧に記述し量的尺度と照合する混合的方法は、個別経験と一般的構造を架橋する有用なアプローチであると考えている。本研究はその実践例として、被験者（私）の自己体験を用いてミソフォニアの構造的特徴と日常の意味を明らかにすることを目指す。

研究における問いは以下である。

- 1：私の S-Five および A-MISO-S 得点はどの程度の重症度を示すか。
- 2：日常的なトリガーと情動反応の質的構造はどのようなテーマにまとめられるか（テーマ分析による抽出）。
- 3：量的研究結果と質的研究結果はどの部分で一致し、どの部分で不一致を示すか。

本論——混合研究

研究デザインと方法

本研究は混合的方法 (mixed methods) を採用し、量的データ (S-Five、A-MISO-S、PHQ-9、GAD-7) と、2週間にわたる日記記述を質的データとして収集した。質的分析には Braun & Clarke のテーマ分析法を用い、両者を統合的に解釈した。参加者は私

¹³ Swedo, S. E., Baguley, D. M., Denys, D., Dixon, L. J., Erfanian, M., Fioretti, A., Jastreboff, M. M., Kumar, S., Rosenthal, M. Z., Rouw, R., Schiller, D., Simner, J., Storch, E. A., Taylor, S., & Wu, M. S. 「Consensus Definition of Misophonia: A Delphi Study」 *Frontiers in Neuroscience*, 2022年, 16:841816. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2022.841816/full> (2025年8月19日閲覧) ただし Swedo らは「運動系」について直接は言及していません。運動系に関する部分はあくまで Kumar 2021 (つまり 12 からの知見であるため、運動系については Swedo ではなく Kumar 2021 に依拠する)

¹⁴ Vitoratou, S., et al. 「Misophonia: Psychometric Development of the S-Five Scale」 *Frontiers in Psychology*, 2020年, 11: 2927. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01442> (2025年8月19日閲覧)

¹⁵ Vitoratou, S., et al. 「Misophonia in the UK general population: Prevalence and psychometric properties of the S-Five」 *PLOS ONE*, 2023年, 18(3): e0282777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282777> (2025年8月19日閲覧)

¹⁶ Cakıroğlu, S., et al. 「Psychometric properties of the Amsterdam Misophonia Scale-Revised (AMISOS-R) in a Turkish sample」 *Comprehensive Psychiatry*, 2022年, 114: 152307. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152307> (2025年8月19日閲覧)

自身（男性、年齢20歳、学生）のみ。第三者を含む研究では倫理審査を取得するが、本研究は自己研究であり、個人識別情報は脱識別化して報告する。

測定法

量的研究の方法

- S-Five：多次元的なミソフォニア経験尺度。英語原著および翻訳研究に基づき得点化した。
- A-MISO-S：臨床的重症度を評価する簡略尺度（Amsterdam Misophonia Scale）。
- PHQ-9、GAD-7：抑うつ・不安のスクリーニング。
なお、S-FiveのOutbursts（噴出）には「攻撃的・暴力的な行為に及んでしまうのではないかという恐れ」を問う項目が含まれており、実際の身体的暴力の自己報告と同一視すべきではない¹⁷。成人例（大学生）では当該因子が実態を過小評価しうるため、本研究ではThreat（情動的脅威）とImpact（生活機能）を主要指標とし、Outburstsは補助的に参照する（詳細は考察参照）¹⁸。

量的研究の結果

まずは量的研究の結果から述べる。

表1に各尺度の得点と簡単な解釈を示す。

詳細所見と解釈

1. ミソフォニア重症度（S-Five / A-MISO-S）

S-Fiveにおける高得点（126）およびA-MISO-Sの19点という組合せは、自己報告上でミソフォニアの症状負荷と機能的障害が強く存在することを示している。特にA-MISO-Sの重度分類は、日常生活における対人関係・学業・集中に実質的な支障を来す可能性を示唆する。これらの結果は、ミソフォニアが主要な困難であり、うつ・不安などの一般的精神病理が主因ではないことを支持する（後述のPHQ-9・GAD-7の所見参照）。

2. 併存精神症状（PHQ-9、GAD-7）

PHQ-9は5点であり、軽度の抑うつ傾向を示すが重篤ではない。GAD-7が0点であることから、持続的な全般性不安障害の徴候は認められない。したがって、現時点での臨床像は「ミソフォニアを中核問題とし、軽度の気分関連症状を伴うが全般性不安障害は認められない」と分類できる。

3. 臨床・機能的含意

S-FiveとA-MISO-Sの高得点は、対人場面（食事、共同生活、教室等）で回避行動や衝突を招きやすく、生活品質（quality of life）に顕著な影響を及ぼす可能性が高い。

抑うつスコアが軽度に留まることは、症状の中心

表1

尺度	得点	解釈（備考）
S-Five （自己報告）	126	研究で参照したオンライン判定基準に基づき、87点以上は「顕著な症状」を示す。126は顕著な水準を大きく上回り、生活機能への影響が強いことを示唆する。
A-MISO-S	19	既報の分類に照らすと「重度」に相当（15-19：重度、20-24：極度）。臨床介入の検討が妥当な水準。
PHQ-9	5	軽度の抑うつ傾向の範囲に入るが、中等度以上ではない。
GAD-7	0	全般性不安症のスクリーニング上、顕著な不安症状は認められない。

¹⁷ Vitoratou, S., et al. "Misophonia in the UK: Prevalence and norms from the S-Five in a UK representative sample." PLOS ONE, 2023. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0282777> S-Fiveの因子構造、カットオフ、集団での因子プロファイルが報告される。ここではOutburstsが相対的に低めにしやすい傾向が示されると解釈した（データセットにより差はありうる）。

¹⁸ S-Fiveの開発論文はツールの制約で当該URL自体は開けませんでしたが、同著者のS-Fiveクロスカルチャー検証論文内にも開発経緯・5因子の説明が明記されており、それを参考にした。<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9361842/>

が音刺激への反応自体にあることを示唆する。これは、治療計画を立てる際に併存の気分障害に対する標準治療のみでは不十分であり、ミソフォニア特有の介入（感覚調整、条件付けの再学習、対人スキル等）を検討する必要があることを示す。

量的研究の限界

1. 自己報告・自己研究バイアス

本研究は研究者自身が被験者であるため、回答バイアス（誇張・過小評価）や反省的変化が生じうる。今後は第三者評価や客観的指標（行動観察・生理指標）の併用が望ましい。

2. 時点性

測定は一時点の自己報告に基づくものであり、症状の変動性を十分に反映していない。日記による連続データを統合し、時間的変化を把握することが今後の課題である。

3. 攻撃性項目の適合性

S-Fiveには「他者に攻撃的になるか」「暴力的行動を取ってしまうか」といった設問が含まれる。しかし、筆者の経験に照らすと、これらの設問は必ずしも実態を的確に反映しているとは言いがたい。既存研究が示すように、ミソフォニアは児童期に発症する例が多く、そのため攻撃性や衝動性に関する項目が強調されている可能性がある。一方で、大学生や成人の事例では攻撃行動に至ることは少なく、むしろ「我慢する」「イヤホンや耳栓で回避する」といった対処が中心である。したがって、本研究においては、S-Fiveの解釈に際し、攻撃性因子よりも情動的脅威（Threat）や生活機能への影響（Impact）の側面を重視する必要があると考える。

方法（質的研究：日記調査）

研究目的

当事者（私）の日常生活におけるミソフォニアの発現様式を、文脈・身体反応・対処行動と併せて記述する。とくに、どのような状況でどの種類の音がどの程度つらいのか、実際の生活上の困難がどこに

集中するのかを明らかにする。

質的研究方法

本研究は単一事例（N=1）を対象にイベント基準日記法を用いた。授業期間の14日間、筆者がミソフォニア反応を経験するたびに記録し、日末に確認・補完した。記録項目は、①トリガー音の種類、②状況（環境・距離）、③身体反応（動悸・筋緊張など）、④感情反応（嫌悪・羞恥など）、⑤対処行動（耳栓・離席など）、⑥主観的強度（0-10段階）、⑦日時、⑧備考である。強度は「0＝無反応、8＝強い嫌悪と自律神経症状、9-10＝即時回避欲求」を基準に採点した。

分析前に名寄せを行い、音の種類を「身体・口腔」「発話」「飲食」「道具・机上」「交通・屋外」等に分類した。さらに、離席が事実上困難な文脈を示す離席不可タグ（授業・試験／電車／会食／公共空間）を各イベントに付与し、必要に応じて修正した。併せて条件タグ（近接・反復・視覚予兆など）も付した。集計には表計算ソフトを用い、発生回数、強度、離席不可タグ別の分布を算出し、ランキング表や棒グラフで可視化した。これにより、離席困難な場面に負担がどこまで集中するかを把握した。

結果（質的研究：日記調査）

14日間で365件（1日平均26.1）の記録から、負担は密室×近接×反復の場面に偏り、会食と授業・試験での口腔系トリガーが生活機能を最も損ねました。回数×強度の負荷指数は上位から、鼻すすり、咀嚼、呼吸／咀嚼＋発話、ゲップ、歯いじり、喉、すすり、タイピング、舌打ち会話であった。電車トンネル音は頻度は高いが強度が低く調整で対処しやすい。耳栓やノイズキャンセリングは十分な遮断効果を示さず、距離（おおよそ5m以上）を確保できるかが安定の鍵となった。また、緩和音として鯨の鳴き声が有効という自己報告が得られた。

離席が難しい場面（授業・試験／会食／電車／公共空間）においても、負担の中心は会食の口腔系音と教室内の反復的身体・発話音であった。

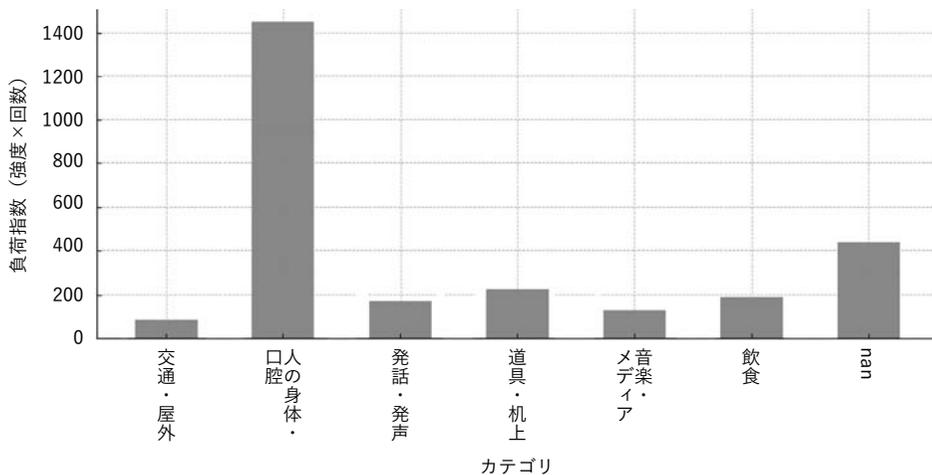


図1：カテゴリ別の負荷指数（強度×回数）

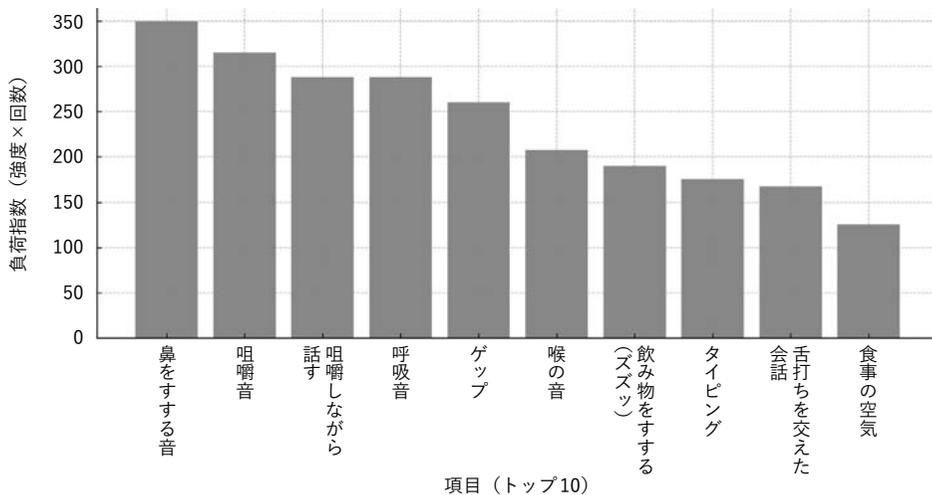


図2：項目別の負荷指数・上位10項目 トップ10（降順）

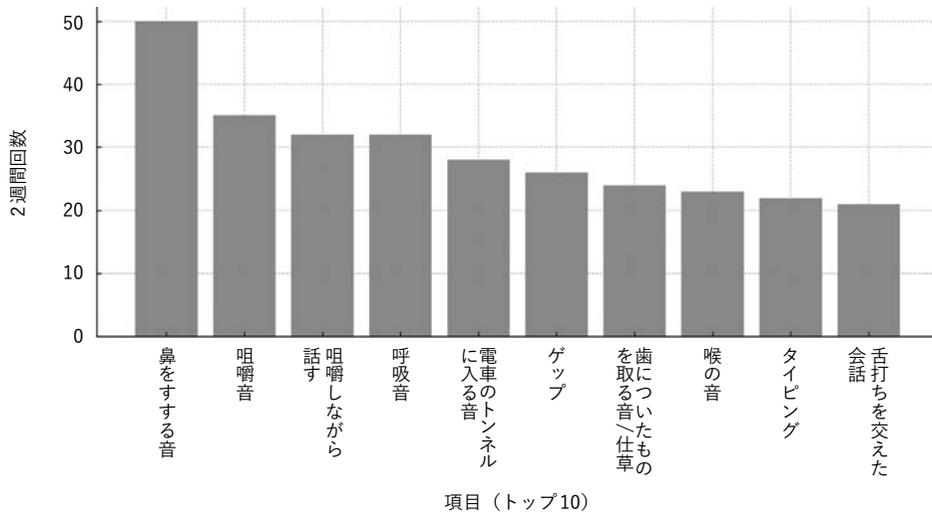


図3：項目別の発生回数・上位10項目

表2 項目別の強度・回数・1日平均回数・離席不可タグ（参考：カテゴリ）

項目	主観的強度 (0-10)	2週間回数	1日平均回数	離席不可タグ	カテゴリ
鼻をすする音	7.0	50	3.57	授業/試験	人の身体・口腔
咀嚼音	9.0	35	2.5	会食	人の身体・口腔
呼吸音	9.0	32	2.29	授業/試験	人の身体・口腔
咀嚼しながら話す	9.0	32	2.29		
電車のトンネルに入る音	3.0	28	2.0	電車	交通・屋外
ゲップ	10.0	26	1.86	会食	人の身体・口腔
歯についたものを取る音/仕草		24	1.71	会食	人の身体・口腔
喉の音	9.0	23	1.64	授業/試験	人の身体・口腔
タイピング	8.0	22	1.57	授業/試験	道具・机上
舌打ちを交えた会話	8.0	21	1.5	授業/試験, 公共空間	発話・発声
飲み物をすする（ズズッ）	10.0	19	1.36	会食	飲食
チェロ（音色）	9.0	14	1.0	授業/試験	音楽・メディア
食事の空気	9.0	14	1.0	会食	
スマホ連打・スワイプ音	6.0	8	0.57	授業/試験	道具・机上
咳き込む音/咳払い		8	0.57	授業/試験, 公共空間	人の身体・口腔
お腹の鳴る音	8.0	4	0.29	授業/試験	人の身体・口腔
貧乏ゆすり	5.0	3	0.21	授業/試験	
アナウンス	6.0	1	0.07	電車, 公共空間	
囁き声の近接ノイズ	3.0	1	0.07	授業/試験	発話・発声
歯についたものを取る	10.0	0	0.0		
チェロ	9.0	0	0.0		
咳き込む音	3.0	0	0.0		

表3 文脈（離席不可タグ）別の集計（回数合計・負荷指数合計・構成比%）

タグリスト	2週間回数合計	負荷指数（強度×回数）	割合（%）
授業/試験	186	1413	49.5
会食	118	891	31.2
（空欄）	32	288	10.1
公共空間	30	174	6.1
電車	29	90	3.2

注）同一項目に複数タグを付与しているため、タグ合計の回数・負荷指数は全体合計と一致しない場合がある。

小括

14日間の自己記録（N=1）から、負担は会食と授業・試験といった離席困難な文脈で最大化し、口腔・呼吸・発話由来の身体音が中心であった。

詳細所見と解釈

二週間の連続記録から明らかになったのは、反応の核が「密室・近接・反復（離席できないため）」という三条件の重なりに置かれていることだった。特に口腔・呼吸・発話に由来する身体音が、状況

の愉楽や対人関係の親疎にかかわらず、ほぼ機械的かつ反射的に反応を惹起する。これは、定性的に記述した“意味づけの強さ”と、定量で得た重症度(S-Five高得点、A-MISO-S「重度」)が整合的であることを示す。つまり、音量や物理的強度よりも、ミソフォニア当人(私)にとっての「行為としての音(他者の身体行為の痕跡)」が反応の鍵となる。

さらにそれらの主観的強度は高く(複数項目で9-10)、身体反応として動悸・息苦しさ・筋緊張・震えが反復して記録された。これは量的所見(PHQ-9=5、GAD-7=0)と照らして、反応の中心が抑うつ・不安といった一般精神症状ではなく、純粋なミソフォニアの症状である音刺激に特異的な自律神経的応答であるということを示している。

加えて、量的データの重症度(生活機能障害の示唆)と質的な語り(楽しい場面でも反応が持続する)がそれぞれ対応している。

一方で、質と量のあいだにはいくつかの“ずれ”も観察された。第一に、電車のトンネル音のように頻度は高いが主観的強度が低い対象は、総負荷としては中位にとどまる。そのため、生活設計上は動線・時間帯の調整で相対的に対処可能と解釈できる。第二に、ゲップや飲み物をすする等は出現頻度が中位でも一回あたりの打撃が極めて大きい。そのため、短時間で生活全体の気分・集中を散漫させると解釈できる。第三に、対処(耳栓・ノイズキャンセル)が“突き破られる”というデータは、量的尺度では直接は捉えにくい、およそ5mの距離をとれば安定する、という具体的な目安を示すことで、座席の配置や人との距離の取り方など、現場での環境調整の指針がはっきりする。

総じて、質的データは「何が・どこで・どう効くか」を具体化し、量的データは「全体としてどれほど重いか」を位置づける研究結果となった。両者を重ねることで、介入の優先順位(例:会食と教室での距離設計>移動経路の最適化)が論理的に導ける。

質的研究の限界

本研究にはいくつかの制約がある。第一に、単一事例(N=1)の自己記録であり、一般化は難しく、文化(食事作法や公共空間での静粛規範など)や生活様式によって負担順位は変わる可能性がある。第

二に、即時記録を心がけたとはいえ、回想による欠落や再構成は生じうる。また、強度評定は主観的で、体調(睡眠不足、疲労)や状況に影響される。第三に、名寄せとタグ付け(離席不可、条件タグ)は当人の実感に基づく操作的定義であり、他者も同じ基準が再現されるとは限らない。第四に、記録の有無が行動に影響する“測定反応性”(記録を意識することで回避が増える等)が混入している可能性がある。第五に、本研究では生理計測(心拍、皮膚電気反応、呼吸数)や客観的音響データ(音圧、周波数スペクトル)を併用していないため、「主観強度⇔生理応答⇔音響的特徴」の連結は推論にとどまる。第六に、負荷指数(強度×回数)は実務上の優先度指標としては有用だが、臨床的重症度の定義ではない。異なる重みづけ(例:離席不可文脈に係数を掛ける)によって順位は変動しうる。

考察

本研究は、量的所見から重度のミソフォニア症状を確認し、質的所見から咀嚼・呼吸など生活音を中心としたトリガー、強い身体反応、怒りから嫌悪への感情変化、そして予測不能性による生活制限を明らかにした。

(身体的反応と感情について)

本研究では、発症初期に観察された「怒り」や攻撃性は、時間の経過と繰り返しの中で次第に後退し、現在は「嫌悪」という比較的安定した感情へと移行していた。この感情の変化にはいくつかの要因が考えられる。第一に、「怒り」は外部刺激への即時かつ防衛的な反応であり、それが繰り返されることで「避けたい」「関わりたくない」という持続的な嫌悪へと変容した可能性がある。第二に、当事者が「他人は変わらない」と自らに言い聞かせる中で、感情を攻撃的な方向ではなく回避的な方向に調整してきたことも一因と推測される。

一方で、感情が収束しても生理反応は残存していた。心拍上昇や筋緊張といった反応が嫌悪感と切り離されて持続したのは、交感神経系の過敏性が背景にあると考えられる。この所見は、感情調整が進ん

でも身体的負荷が独立して強固に続くことを示しており、単に「怒りを抑える」あるいは「感情を調整する」といった介入では十分ではないことを示唆する。

このように、感情と生理のズレはミソフォニアの特性を理解するうえで重要であり、臨床的にも「感情調整の支援」と「身体反応への対策」を区別して考える必要性を浮き彫りにしている。

(対処について)

耳栓やノイズキャンセリングなどの自己対処は限定的で、既存研究が指摘するように短期的な緩和にとどまり、根本解決には至らなかった。本研究はこの臨床的実態を個人レベルで裏付けたものである。以上より、ミソフォニアは単なる音への嫌悪ではなく、感情・身体・環境要因が複雑に絡む現象であり、特に「好悪の対象とは無関係に発症する」という点は、対人理解や環境調整において重要な視座を提供する。

(ミソフォニアから考えられる幸福の在り方について)

ミソフォニアがもたらす本質は閉塞感にある。日常のあらゆる場に潜むトリガー音は外出や交流の自由を制限し、耳栓やノイズキャンセリングでも完全には防げない。つまり当事者は「普通に生きたい」という願いそのものが繰り返し裏切られる経験を強いられる。

この現実には「幸福とは何か」という問いを突きつける。もし幸福を快楽の持続と捉えるならミソフォニアは徹底的な障壁である。だが「苦痛の中で意味を見いだすこと」と捉えれば、単なる障害ではなく世界との関わりを問い直す契機となる。これはアリストテレスのエウダイモニア概念¹⁹やRyffの心理的

ウェルビーイング研究²⁰と響き合い、幸福を快楽ではなく実践や成長に見いだす視点を支持する。最近の実証研究もまた、こうした「エウダイモニア的幸福」が介入や社会的支援を通じて強化され得ることを示している²¹。

また、本研究で観察された「嫌悪」という感情は、怒りや攻撃性ではなく、「ここに居てはならない」と告げる自己保存のシグナルとして表れていた。これは快を求める幸福観とは異なるが、自己保全と環境適応をめぐる意味づけの過程として解釈するならば、むしろ幸福の一つの条件を示しているとも言えるだろう。

人は音を制御できない以上、ミソフォニア当事者は「世界が自分に敵対する」という経験を繰り返す。その中で幸せに生きるには、環境調整や社会的理解という外的支援と、「自らの条件をどう受け入れるか」という内的作業が不可欠である。本研究は症状の解消策を提示するものではなく、「解消不能な条件をどう生きるか」という課題を明らかにした点に意義がある。八方塞がりの経験を正面から記述し可視化することこそ、当事者の存在論的現実を社会に共有する第一歩である。

ここまで研究結果から幸福までを考察してきたが、ミソフォニアをめぐる議論には、幸福の追求とは正反対の方向に人々を導きかねない言葉もある。最後に、その危うい言葉に目を向けたい。

国内言説ではミソフォニアの反応を「殺意」と強語で表す用法が散見され^{22, 23}、ミソフォニアと聴覚過敏との違いは「憎しみや殺意があるかどうか」と記述されている²⁴ことが多く、国内の一般解説・啓発・Q&A等で「殺意」という強語が流通している。

¹⁹ 邦訳『ニコマコス倫理学』岩波文庫

²⁰ Ryff, C. D. (1989). *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. (2025年8月29日閲覧)

²¹ van Dierendonck, D., et al. (2023). *Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A systematic review*. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 15(1), 34–60. (2025年8月29日閲覧)

²² 「殺意」という国内表現については、研究データではなく言説観察です。栃木県・群馬県の障がい者グループホーム「ファミリ」編集部。(2024). ミソフォニアとは？日常音が過剰に不快に感じる病気。グループホーム・ファミリー 公式サイト <https://grouphome-family.com/news/misophonias/> (2025年9月22日閲覧)。「音を発する人に対して殺意をいだくことさえもある」の記述。

しかし一次研究の所見からは、S-FiveのOutbursts因子はまず「攻撃に及ぶ恐れ」や言語的噴出を中心に問うものであり、実際の身体的暴力と同列には扱っていない^{25, 26}。さらに、S-Fiveの集団研究ではOutburstsが相対的に低水準となる傾向が報告され、重い負担の識別においてはThreatやImpactがより有用であることが示されている²⁷。加えて、平均発症年齢は児童期～思春期(概ね13歳前後)とされ^{28, 29}、若年層の衝動性や怒り表現が項目設計 (Outbursts) に影響している可能性は否定できない〔解釈〕。

Misophonia Internationalの公式ウェブサイトに掲載された記事では、ミソフォニアの本質は「殺意のような怒り」ではなく「孤独」であると記述されている³⁰。この点は、聴覚過敏とミソフォニアの違いを「憎悪や殺意の有無」によって説明する他の論

考とは、対照的な見解を示している。

また、英語の比喩的表現をそのまま日本語訳した結果「殺意」という言葉で広まっている可能性が高い。英語圏では当事者記述やメディア記事murderous rageなどの比喩的誇張が流通し、日本語の啓発資料でもこれを紹介・反省的に否定する文脈を含めて参照する過程で、日本語の「殺意」という語が可視化・定着した側面がある。以上を踏まえると、日本語圏で「殺意」という語が一般化するのには、年齢差と項目設計を無視した翻訳上の齟齬として理解するのが妥当である。

本研究は、私自身の経験に基づくものである。私(被験者)はミソフォニアにおいて「殺意」と表現されるような感情を抱いたことはなく、その有無は個人差によると考えられる。実際に「殺意に近い感

²³ Dream Art. (2022). 『音嫌悪症・ミソフォニアの治し方、克服方法』理解されない辛いミソフォニア…(殺意、イライラから解放)—プレスリリース. *ValuePress!* <https://www.value-press.com/pressrelease/290763>(2025年9月22日閲覧)。「殺意、イライラ、怒り、憎しみ…」の記述。

²⁴ Hikaru. (2024). 『当事者の実レポ』聴覚過敏をもつ人はミソフォニアも併存しやすい. *iroiro*. <https://iroiro-jp.com/article/63/> (2025年9月22日閲覧)。本文に「ミソフォニアが持っている特有の音への憎しみや殺意はなく…/…(中略)…殺意が強くなります。」の記述。

²⁵ Vitoratou, S., Hayes, C., Uglik-Marucha, N., & Gregory, J. "Misophonia in the UK general population: Prevalence and psychometric properties of the S-Five." *PLOS ONE*, 2023, 18(3): e0282777. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282777> (2025年9月22日閲覧) 参照箇所・根拠: S-Five下位尺度の集団プロファイルと臨床的負担の識別における有用性(本文・結果)。本稿では、重い負担の識別でThreat/Impactの情報価値が高いとの解釈を採用(AUC等の識別指標に基づく)。言い換えれば、Outburstsは相対的に中心的ではない可能性があるという含意。

²⁶ Vitoratou, S., Uglik-Marucha, N., Hayes, C., & Gregory, J. "Listening to People with Misophonia: Exploring the Multiple Dimensions of Misophonia Using the S-Five." *Psych (Basel)*, 2021, 3(4): 681–706. <https://www.mdpi.com/2624-8611/3/4/41> (2025年9月22日閲覧) 参照箇所・根拠: 付録の項目一覧(例: I24 "I am afraid I will do something aggressive or violent …")および本文の因子記述。Outbursts = 「攻撃(の存在)もしくは攻撃に及ぶ恐れ/言語的噴出」であり、「実際の身体的暴力」を前提にしていないことが明示される。本稿の「恐れと実行の区別」はこの一次資料に依拠。

²⁷ UK代表サンプル研究(PLOS ONE, 2023) <https://kclpure.kcl.ac.uk/ws/files/207444476/journal.pone.0282777.pdf> "A large AUC was also present for the impact (AUC = 0.87) and threat scores (AUC = 0.88)," (P10) 英国代表サンプルのROC解析では、Threat (AUC=0.88) と Impact (AUC=0.87) が "significant misophonia" の弁別に最も寄与しているとの明記から、相対的にOutburstsが低水準になると解釈。

²⁸ Schröder, A., Vulink, N., & Denys, D. "Misophonia: Diagnostic Criteria for a New Psychiatric Disorder." *PLOS ONE*, 2013, 8(1): e54706. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054706> (2025年9月22日閲覧) 参照箇所・根拠: Results/ Tableに平均発症年齢がおよそ13歳と記載。児童～思春期発症の傾向を示す。ここから、若年層の表現型(衝動性や怒りの表出)が項目設計に影響するという推論へ接続(推論である)。

²⁹ Jager, I., et al. "Misophonia: Phenomenology, comorbidity and demographics in a large sample." *PLOS ONE*, 2020, 15(4): e0231390. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231390> (2025年9月22日閲覧) 参照箇所・根拠: 大規模臨床サンプルで平均発症年齢13.17歳を報告。

³⁰ Misophonia International. (2018, October 6). *The Life of a Young Adult With Misophonia*. Retrieved from <https://misophonaiinternational.com/life-young-adult-misophonia/> "Misophonia is not chewing rage, sound rage, or 'murderous rage'. Misophonia is loneliness." 参照。

情」を報告する当事者も存在する一方で、筆者のようにそうではない場合もあるため、「殺意」という表現があたかも普遍的な特徴であるかのように一般化されてしまうことには慎重であるべきだろう。

「殺意」という強語が広まることの問題は実務的でもある。当事者の教育・就労現場での不当な回避や誤った安全配慮、メディアのセンセーショナルリズムによる支援要請の回避など、予見可能な不利益がある。したがって、学術文脈と社会的配慮の両面から、用語選択は「強い嫌悪」「激しい不快」「噴出への恐れ」など実態に即した表現を用いるべきであると考えた。

今後の研究課題

本研究は一個人の体験を基盤とした混合的研究であり、量的評価と質的記録を組み合わせることでミソフォニアの様相を描き出した。しかし、その性質上、サンプル数が極めて限定的であり、一般化には慎重が必要である。同時に、ミソフォニアが単なる感覚過敏にとどまらず、生活の質や人間関係、さらには自己理解に深く関わる複合的な現象であることが明らかになった。今後の研究と実践においては、次の二つの方向性を重視したい。

第一に、「トリガーにならない音」についての体系的な研究である。従来の研究は、どのような音が苦痛を引き起こすかに焦点を当ててきた。しかし、その逆に「苦痛を誘発しない音」あるいは「安心感や快適さをもたらす音」を特定する試みは、十分に進んでいない。例えば特定の楽器音や自然音、あるいは低周波の持続音などが、トリガー回避に寄与する可能性がある。この方向性は、単なる学術的関心にとどまらず、日常的に利用可能な「音の環境調整」や「サウンドデザイン」へと直結しうる。将来的には、こうした音を活用したプレイリストをストリーミングサービス（Spotifyなど）で配信するなど、研究成果を社会実装することも視野に入る。これは受動的に「避ける」だけでなく、能動的に「聴く」ことで自己を守り支えるという新しい方向性を切り開く。

第二に、ミソフォニアに関するアドボカシー（社会的認知の促進）である。ミソフォニアは、現状に

おいて医療・教育・職場などの文脈でほとんど知られていない。認知が不足しているために、当事者が「理解されない苦痛」を二重に負う現実がある。この点で、研究者と当事者の連携による啓発活動が不可欠である。具体的には、一般向けの講演や書籍の刊行、メディアでの情報発信、学校や企業での研修などが考えられる。特に、精神疾患や発達障害に対する社会的認知がここ数十年で徐々に広がったように、ミソフォニアもまた「名のない苦しみ」から「理解されうる状態」へと位置づけ直される必要がある。

この二つの方向性は、単なる研究課題にとどまらず、当事者が「八方塞がり」の感覚から少しずつ抜け出し、社会の中でより生きやすい環境を見出すための基盤となりうる。すなわち、音に囲まれた現代社会の中で、ミソフォニアを抱える人々が「避ける」だけでなく、「選び取り」「伝える」主体として生きることを可能にする未来を展望したい。

さらに、研究手法上の課題として、いくつかの具体的な方向性がある。

- 単一事例にとどまらず、複数事例や異文化比較を通じた検証。
- 主観的記録に依存せず、生理指標や音響データとの併用による客観的裏付け。
- コーディングやタグ付けの再現性を高めるための第三者評価。

これらの課題は、単なる学術的関心にとどまらず、当事者が「避ける」だけでなく「選び取り」「伝える」主体として社会に生きやすくなる未来を構想する基盤となるであろう。

最終結論

本研究は、離席困難な場面に集中する口腔系トリガー、耳栓等の限定的効果と距離確保の実効性、怒りから嫌悪への感情変化と生理反応の残存を明らかにするとともに、幸福論的視点や「殺意」という用語の誤解を通じて、ミソフォニアを社会的・哲学的文脈に位置づけ直し、その存在を理解と支援の対象として可視化した。