

Science et pseudo-sciences, 2022, n° 340, p. 99-101.

<https://www.afis.org/Une-phobie-cachee-la-paruresie>

Une phobie cachée : la parurésie

Jacques Van Rillaer

Professeur émérite de psychologie
à l'université de Louvain.

Il y a une vingtaine d'années, je reçus un appel téléphonique d'un homme me demandant si je pouvais traiter sa parurésie. J'avouai ignorer le sens du mot. L'interlocuteur répondit : « Je n'arrive pas à uriner hors de chez moi et cela me pourrait complètement la vie. On m'a dit que vous étiez un comportementaliste qui traite des phobies... ». En venant me voir, le client ^a m'apporta le livre *Shy bladder syndrome*, où je pus lire : si votre médecin ne sait comment vous aider, adressez-vous à un comportementaliste. Il pourra probablement le faire ¹.

Le client me décrivit une vie extrêmement pénible. Le trouble était au centre de son existence. Il avait choisi un travail en fonction de la proximité de son domicile de façon à pouvoir se rendre chez lui à midi. Il ne partait jamais en voyage. Il n'avait pas de partenaire et pas d'amis. Il pensait souvent au suicide. Il avait déjà essayé des thérapies où l'on avait tenté en vain d'expliquer et de guérir par des réminiscences et des désirs refoulés.

Le client s'est montré parfaitement collaborant. L'ouvrage apporté lui avait fourni un cadre conceptuel et l'espoir de la guérison. Une dizaine de séances, réparties sur quatre mois, suffirent à le délivrer d'un trouble qu'il traînait depuis une vingtaine d'années. Les ingrédients thérapeutiques, que nous allons détailler, furent des explications, l'apprentissage méthodique d'une méthode de relaxation, la modification de cognitions et des exercices de confrontation à des situations anxiogènes selon une hiérarchie de difficulté.

La parurésie : une phobie sociale

La *parurésie* ou *urophobie* est la difficulté ou l'impossibilité d'uriner en présence d'autres personnes. Le terme a été inventé en 1954 par deux psychologues de l'université Rutgers, Griffith Williams & Elizabeth Degenhart, qui ont forgé le mot avec les termes grecs *para* (contre, à côté) et *ouresis* (miction) ². Ils ont soumis à 1400 étudiants 200 questions très variées, dont « Éprouvez-vous une difficulté à uriner en présence d'autres ? ». Quatorze pour cent (13 % d'hommes et 16% de femmes) ont répondu clairement « oui ». Si on ajoute les sujets qui éprouvent la difficulté occasionnellement on totalise 20 %. La réponse la plus souvent associée est : « Je suis gêné si je suis observé pendant que je travaille même si je le fais bien ». Les auteurs ont constaté une absence de corrélation avec d'autres phobies, des tics et des problèmes sexuels.

Le terme parurésie n'apparaît pas comme tel dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) ³, mais on peut le ranger dans la catégorie « anxiété sociale » ou « phobie sociale » : la peur de situations dans lesquelles la personne est exposée à l'observation d'autrui. Il s'agit d'un trouble comparable à la phobie, qui y est citée, de se sentir observé en train de manger.

Le trouble présente des degrés variables, allant d'une petite gêne dans quelques situations à un trouble qui contrôle l'ensemble de l'existence. Il arrive que le trouble se généralise au point de nécessiter un cathéter pour éliminer l'urine. Dès lors, selon les critères, le taux de parurésie varie considérablement. Le chiffre le plus souvent avancé est 7%. Une revue de 60 publications jugées adéquates (sur 1535 rassemblées) conclut

^a La majorité des psychothérapeutes *non médecins* — hormis en France — préfèrent le terme « client » au terme « patient ». « Client » évoque une relation dans laquelle une « personne » paie un service : recevoir des informations qui facilitent la résolution de problèmes existentiels. « Patient » évoque la passivité d'un « malade » qui bénéficie d'un traitement médical.

aux proportions de 3 à 16% de la population américaine ⁴. En utilisant un critère très large, on trouve 50%⁵, ce qui ferait de la parurésie la phobie sociale la plus fréquente, devant la peur de parler devant un public.

Plusieurs chercheurs adoptent les cinq critères de Brett Deacon *et al.* (Université de Wyoming) : la peur excessive et persistante provoquée par la miction dans des toilettes lorsque d'autres personnes sont présentes ; la difficulté de commencer à uriner dans des toilettes lorsque d'autres personnes sont présentes ; l'absence de difficulté à commencer à uriner à la maison ou dans une toilette privée ; la difficulté interfère significativement avec la vie quotidienne ; la difficulté n'a pas de cause médicale ⁶.

Des auteurs définissent la parurésie plutôt comme une « phobie spécifique » ou un « trouble fonctionnel ». Un des arguments est que les psychotropes qui agissent sur les phobies sociales ne réduisent pas la parurésie ⁷.

Un degré important de parurésie fait manquer de nombreuses occasions enviées. Le choix du métier et l'évolution de la carrière peuvent en dépendre. Le manque de relations sociales et d'activités de loisir est propice à l'alcoolisme et à la dépression. Il y a des effets physiologiques : l'augmentation de l'attention aux sensations vésicales augmente la sensation de devoir uriner ; les personnes évitent de boire quand elles anticipent de se trouver dans la situation problématique ; la stagnation de l'urine peut provoquer des infections urinaires et une grave distension de la vessie.

Une réaction banale

Middlemist, Knowles et Matter, de l'université de l'État de l'Oklahoma, ont mené une recherche sur 60 étudiants dans les urinoirs de l'université ⁸. Ils ont utilisé un périscope permettant de voir le jet d'urine, mais non le visage des individus. Les toilettes comprenaient trois places. Les psychologues ont observé trois situations : A. La personne est seule durant la miction. B. L'urinoir du milieu est hors d'usage. Quand un étudiant entre, un comparse de l'expérimentateur entre et utilise l'autre urinoir. C. Un urinoir sur un côté est hors d'usage de sorte que le sujet et le comparse se trouvent côte à côte. Le périscope permet de mesurer le temps qui s'écoule avant l'émission d'urine. La moyenne des délais est respectivement : 4,9" – 6,2" – 8,4". Le temps augmente avec la présence d'une autre personne et son degré de proximité.

Le but des chercheurs était de montrer que « l'invasion de l'espace personnel provoque une activation émotionnelle (*emotional arousal*) ». Ils concluaient que leurs résultats illustrent que le stress ralentit ou empêche la relaxation du sphincter externe de l'urètre, condition de la miction.

L'expérience clinique montre que le degré de parurésie varie considérablement en fonction des situations. Les hommes se plaignent davantage que les femmes parce qu'ils utilisent régulièrement des urinoirs plutôt que des toilettes fermées. La difficulté est fonction de la proximité des urinoirs, de la présence ou non de cloisons, de la présence de personnes qui attendent leur tour. Une situation particulièrement problématique est de devoir uriner sur commande pour fournir un échantillon d'urine, par exemple pour un examen médical ou un test de dépistage de drogue. Elle l'est également pour des malades qui doivent, pour aller à la toilette, être aidés par des personnes qui attendent qu'ils aient fini.

Une réaction naturelle ?

La gêne en rapport avec la satisfaction de besoins naturels varie selon les lieux et les époques. Norbert Elias a étudié ces variations dans notre culture à travers l'examen de manuels de savoir-vivre ⁹. Les conduites recommandées ne vont pas de soi à l'époque où ces ouvrages sont écrits et leur mention disparaît aux siècles suivants, lorsqu'elles sont devenues une « seconde nature ». Concernant la miction, Elias présente l'évolution des conduites depuis le Moyen Âge jusqu'à la Renaissance. Il cite notamment le traité des bonnes manières publié par Érasme en 1530 : *De civilitate morum puerilium* (*La Civilité puérile*), qui a connu un succès considérable dans plusieurs pays d'Europe. On y lit : « Il est indigne d'un homme bien élevé de découvrir sans besoin les parties du corps que la pudeur naturelle fait cacher. Lorsque la nécessité nous y force, il faut le faire avec une réserve décente, quand bien même il n'y aurait aucun témoin. Il n'y a pas d'endroit où ne soient les anges. Ce qui leur est le plus agréable, chez un enfant, c'est la pudeur, compagne et gardienne des

bonnes mœurs¹⁰. Si la décence ordonne de soustraire ces parties aux regards des autres, encore moins doit-on y laisser porter la main. Retenir son urine est contraire à la santé ; il est bienséant de la rendre à l'écart ».

Ainsi on peut supposer que la parurésie est un mal déterminé en partie par un conditionnement social réalisé par l'intermédiaire des parents et des éducateurs.

Facteurs de conditionnement

Le point de départ est parfois anodin. La réaction d'inhibition se trouve associée à un événement désagréable ou pénible, par exemple une expérience de honte à l'école ou l'incapacité à uriner alors qu'on a dû longtemps se retenir et que des personnes attendent derrière soi. Une seule expérience peut suffire (les psychologues parlent de « one-trial-learning »). Par la suite, la personne anticipe automatiquement qu'elle va revivre l'incapacité à uriner à volonté dans certaines situations. Elle devient victime de sa « prophétie auto-réalisatrice », sa croyance s'autoalimente. La réaction conditionnée apparaît ensuite dans des situations relativement semblables. Le problème peut se « généraliser » et s'aggraver.

Les comorbidités sont, par ordre de fréquence, l'anxiété sociale, une mauvaise estime de soi, la dépression et l'alcoolisme. Il s'agit là de corrélations, qui sont faibles. On peut penser que la cause est souvent la parurésie. La moitié des personnes qui souffrent de parurésie présentent aucun autre trouble psychologique¹¹. La corrélation la plus élevée (environ 0.45) s'observe avec la parcoprésie, la difficulté de déféquer ailleurs que chez soi, une difficulté également considérée comme une phobie sociale, beaucoup moins étudiée que la parurésie¹².



[Cette image ne se trouve pas dans l'article de *Science et pseudo-sciences*]

Le traitement

Jusque dans les années 1970, on ne trouve quasi pas de publications de traitements. En 1941, Karl Menninger, célèbre psychiatre-psychanalyste américain, expliquait que l'inhibition à uriner est une autopunition pour des désirs sexuels inacceptables ou la peur d'exprimer des pulsions agressives, la miction étant inconsciemment une agression¹³.

Les premiers exposés de traitements efficaces sont dus à des comportementalistes : Rogers Elliott (Dartmouth College)¹⁴, Yves Lamontagne (Université de Montréal) et Isaac Marks (Université de Londres)¹⁵. Ils ont appliqué les principes classiques du traitement des phobies.

Le thérapeute commence par expliquer le fonctionnement de la vessie et le rôle de l'activation physiologique. La plupart du temps, la vessie est détendue et le sphincter externe de l'urètre est contracté, inhibant l'émission d'urine. Pour uriner, il faut contracter la vessie et décontracter le sphincter urétral. En cas de parurésie, la personne contracte automatiquement la région du bas-ventre et le sphincter reste fermé. Dans un effort pour uriner malgré tout, elle contracte le plancher pelvien, ce qui rend la miction d'autant plus difficile ou impossible. Une fois le conditionnement bien établi, il est très difficile de s'en débarrasser sans traitement approprié.

La personne qui éprouve de l'anxiété au moment d'uriner contracte le bas-ventre. L'apprentissage primordial est une technique de relaxation qui permette, après quelques dizaines d'exercices, de réduire rapidement la tension musculaire en particulier dans l'abdomen. (Le nombre d'exercices requis varie sensiblement d'une personne à l'autre). La meilleure méthode est en l'occurrence la « relaxation progressive » de Jacobson. On apprend à détendre l'un après l'autre une douzaine de groupes musculaires (main, bras, jambe, ventre, etc.). Afin de faciliter la relaxation, on contracte chacun des groupes pendant quelques secondes, puis on décontracte, en se focalisant sur le contraste entre la tension et la détente. Les premières séances, effectuées de préférence avec un support audio, durent entre 20 et 30 minutes. Après quelques semaines d'entraînement, la relaxation est obtenue de plus en plus rapidement et les contractions deviennent superflues : il suffit de se centrer sur les différents groupes musculaires et de décider de se décontracter pour induire un état de relaxation satisfaisant. La méthode permet alors de réduire très rapidement l'activation physiologique dans une situation stressante. Pour uriner, il s'agit avant tout de relâcher le bas-ventre et, à l'occasion d'une expiration lente, d'uriner.

D'autre part, on effectue un travail « cognitif ». La personne se rend dans un urinoir sachant qu'elle ne pourra probablement pas uriner. Le but est de capter les pensées qui surgissent en arrivant, pendant la tentative d'uriner et tout de suite après. La personne note les pensées dans un carnet aussi rapidement que possible. Des idées courantes sont : être observé attentivement, passer pour un voyeur, ne pas pouvoir se contrôler, être jugé ou méprisé d'être incapable d'accomplir un comportement naturel, s'imaginer être soupçonné de masturbation. À l'instar des autres phobies sociales, la personne se perçoit comme un observateur qui la scrute, elle se focalise sur la façon dont elle est jugée. Elle n'imagine pas que les gens ont généralement autre chose en tête qu'observer la personne qui se trouve à côté d'elle. Les signes d'émotivité qu'elle ressent sont interprétés comme un manque de contrôle de soi. Après l'échec, la personne rumine sa déficience, ce que les psychologues anglo-saxons appellent « post-mortem examination ».

Le psychothérapeute doit inciter la personne à bien observer la réalité : « Avez-vous *vraiment* constaté que des personnes ont ri ou se sont moquées ? Si oui, est-ce *vraiment* une catastrophe ou n'est-ce qu'un incident sans lendemain ? ». D'autre part, le thérapeute doit aider à relativiser l'importance du jugement d'autrui. En dialogue avec le client, il met au point un nouveau dialogue intérieur et des auto-instructions : se dire par exemple « Stop ! Tu arrêtes les conneries. Les gens ont autre chose en tête que ma vessie. Et même si. Quoi alors ? "So What ?" comme on dit en anglais. Je n'en ai rien à foutre. J'ai le droit d'être ici et de prendre mon temps. J'inspire, j'expire lentement, là, je me décontracte... ». Comme les personnes qui ont peur de rougir doivent accepter de rougir pour moins rougir, celles qui souffrent de parurésie doivent accepter de prendre davantage de temps pour uriner que d'autres.

Il s'agit ensuite d'établir une hiérarchie de situations allant de la moins stressante à la pire. On peut commencer les exercices chez le thérapeute, celui-ci ayant précisé qu'il reste lire dans son bureau, qu'il a de quoi s'occuper et que le temps n'a aucune importance. Ensuite : uriner dans une toilette fermée alors que personne n'attend pour l'occuper ; uriner debout dans un urinoir alors qu'on sait que personne ne peut arriver ; occuper la dernière place dans un urinoir peu fréquenté, etc. jusqu'à se trouver entre deux personnes dans un urinoir sans séparations.

Une fois enclenché le processus des exercices, il faut s'exercer plusieurs fois par semaine et progresser par petits pas. Les échecs sont à comprendre comme faisant partie du processus d'apprentissage. Les réussites sont rappelées et visualisées mentalement plusieurs fois par jour.

Dans certains cas, la parurésie s'accompagne d'une phobie sociale plus large. Il s'agit alors d'apprendre à relativiser et à réduire la peur d'être évalué et jugé, une peur qui est fondamentale chez les animaux sociaux que nous sommes, toujours préoccupés d'être estimés.

Les effets de cette procédure n'ont guère donné lieu, à ma connaissance, à des études sur de larges échantillons. Quasi toutes les publications sont des études de cas¹⁶. Toutefois, comme le montre les entrées « Paruresis » sur *Google Scholar* (plus de 500), ces publications sont relativement nombreuses. Elles présentent quasi toutes la procédure cognitivo-comportementale ici évoquée et concluent à des résultats

satisfaisants. Il reste du travail pour des équipes universitaires en vue de mettre clairement en évidence les facteurs thérapeutiques les plus efficaces.

Signalons que Steven Soifer a fondé en 1966 la *National Paruresis Association* devenue en 1997 l'*International Paruresis Association* (<https://paruresis.org/>) qui diffuse de l'information. Le site de l'Association anglaise, créé en 2003, est particulièrement instructif (<https://www.ukpt.org.uk/>)

-
- ¹ Soifer, S. *et al.* (2001) *Shy bladder syndrome. Your step-by-step guide to overcoming paruresis*. New Harbinger, 150 p.
- ² Griffith, W. & Degenhart E. (1954) Paruresis: A survey of a disorder of micturition. *Journal of General Psychology*, 51: 19-29.
- ³ American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5*. Fifth Edition, Washington: American Psychiatric Association, 991 p.
- ⁴ Kuoch, K. *et al.* (2017) A systematic review of paruresis: Clinical implications and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 98: 122–129.
- ⁵ Soifer, S., Himle, J. & Walsh K. (2010) Paruresis (Shy Bladder Syndrome): A Cognitive-Behavioral Treatment Approach. *Social Work in Health Care*, 49: 494-507.
- ⁶ Deacon, B. *et al.* (2012) Development and validation of the Shy Bladder Scale. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41: 251-260.
- ⁷ Hatterer, J. A. *et al.* (1990) Pharmacotherapy of four men with paruresis. *The American Journal of Psychiatry*, 147: 109–111.
- ⁸ Middlemist, D., Knowles, E. & Matter, C. (1976) Personal space invasion in the lavatory: suggestive evidence for arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33: 541-546.
- ⁹ Elias, N. (1939) *Ueber den Prozess der Zivilisation*. Trad., *La civilisation des mœurs*, Calmann-Lévy, 1973, Le Livre de Poche, 446 p.
- ¹⁰ À cette époque et pour encore longtemps, l'ange gardien est un instrument du conditionnement des enfants.
- ¹¹ Vythilingum, B. *et al.* (2002) Is "shy bladder syndrome" a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. *Depression and Anxiety*, 16: 84–87.
- ¹² Kuoch, K. *et al.* (2021) Exploration of the socio-cognitive processes underlying paruresis and parcopresis. *Current Psychology*, 40 : 1807-1813.
- ¹³ Menninger, K. (1941) Some observations on the psychological factors in urination and genito-urinary afflictions. *Psychoanalytic Review*, 28: 117–129.
- ¹⁴ Elliott, R. (1967) A case of inhibition of micturition: Unsystematic desensitization. *The Psychological Record*, 17: 525–530.
- ¹⁵ Lamontagne, Y. & Marks, I. (1973) Psychogenic urinary retention: Treatment by prolonged exposure. *Behavior Therapy*, 4: 581–585.
- ¹⁶ J'ai traité trois cas, dont deux avec une pleine réussite. L'autre client a interrompu le traitement disant qu'il allait consulter un hypnothérapeute. J'ignore ce qu'il est devenu. La situation de ce dernier constituait une réfutation de l'hypothèse de la parurésie comme expression de l'homosexualité refoulée ou réprimée. Il assumait pleinement son homosexualité et vivait avec un partenaire de même orientation sexuelle que lui.