

Erişkinde ikincil enürezis nokturna: Bir olgu sunumu

İrem YALUĞ,¹ Nasibe ÜNSALAN,² Eylem ÖZTEN,³
Sinem ÖZTEP KURUOĞLU,⁴ Ali Evren TUFAN⁵

ÖZET

Nokturnal enürezis (yatağı ıslatma) hem çocukları, hem de yetişkinleri etkileyen ve sık görülen kalıtsal tıbbi bir durumdur. Yetişkinlerde nokturnal enürezisin yaygınlığını ortaya koyan az sayıda çalışma vardır. Yetişkinlerdeki yüksek orana karşın, nokturnal enürezisin bu popülasyondaki tedavisinin etkinliğini gösteren çalışma sayısı azdır. Bu yazıda nişanlandıktan sonra ikincil enürezis nokturna gelişen ve bilişsel davranışçı yaklaşım ile "imipramin" tedavisine olumlu yanıt veren bir olgu sunmaktayız. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:185-190)

Anahtar sözcükler: İkincil enürezis nokturna, imipramin

Secondary enuresis nocturna of adult: a case report

ABSTRACT

Nocturnal enuresis (bedwetting) is a common inherited medical condition affecting both children and adults. Limited number of studies has attempted to determine the prevalence of nocturnal enuresis in adults. Despite the magnitude of adults with nocturnal enuresis, few studies have assessed the effects of therapy in this population. We report a case that developed secondary enuresis nocturna after getting engaged and later showed significant improvement with combined cognitive behavioral approach and "imipramine" treatment. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2006; 7:185-190)

Key words: seconder enuresis nocturna, imipramine

GİRİŞ

Enürezis terimi, Yunanca "idrar yapmak" (enourein) sözcüğünden gelmektedir. Tıbbi terminolojide idrar kaçırmayı (yatağı ıslatma) tanımlamak için kullanılmaktadır. Normal gelişimleri sırasında çocuklar, genellikle 2-3 yaşları arasında mesane kontrolünü kazanmaya başlar. Gece kontrolü ise genellikle üçüncü ya

da dördüncü yıllar arasında tamamlanmaktadır.¹ Enürezis yatağa ya da giysilere yineleyen bir biçimde idrar kaçırmadır. Enürezisin birincil ve ikincil olmak üzere iki alt tipi vardır. Birincil enüreziste idrar tutma hiçbir zaman sağlanamamıştır. İkincil enüreziste ise en az bir yıl süre ile idrar tutma sağlanabilmişken, bu kontrol sonradan kaybedilmiştir.²

¹ Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KOCAELİ

² Arş.Gör.Dr., Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

³ Arş. Gör.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KOCAELİ

⁴ Psikolog, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KOCAELİ

⁵ Arş.Gör.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, KOCAELİ

Yazışma Adresi: Dr. İrem YALUĞ, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Umuttepe/KOCAELİ
E-posta: dryalug@yahoo.com

Günümüze kadar erişkinlerde nokturnal enürezis yaygınlığını belirlemek amacıyla çok sayıda çalışma yapılmamıştır. Askere alınan erlerle yapılan iki farklı çalışmada nokturnal enürezis sıklığının %0.73-2 arasında olduğu gözlenmiştir.^{3,4} Genel popülasyondaki sıklığını saptamak amacıyla lisans ve lisansüstü öğrencilerinde yapılan bir başka çalışmada ise bu oranın %3.8 olduğu bulunmuştur.⁵ Amerika Birleşik Devletleri'nde 1996 verilerine göre, 18 yaş ve üstündeki dokuz milyon kişide nokturnal enürezis olduğu tahmin edilmektedir. Bu kadar yüksek oranda nokturnal enürezisli yetişkin olmasına karşılık, bu popülasyonun tedavi sonuçları ile ilgili çok az sayıda çalışma yapılmıştır.⁶

Bir trisiklik antidepresan olan imipramin hem serotonin, hem de noradrenalin gerilim pompalarını ve daha düşük düzeyde dopamin geri alım pompalarını bloke etmektedir. Imipraminin enürezis nokturna tedavisindeki etki düzeneği tam olarak bilinmemektedir. Santral sinir sistemi ve idrar kesesi ile ilişkili etkileri ile tedaviyi sağladığı düşünülmektedir. Imipraminin etkisinin mesane üzerindeki antikolinerjik etkisi ve uykunun son üçte birlik kısmında derinliğin azalması ile ilgili olabileceği tahmin edilmektedir.²

Bu yazıda nişanlılık dönemi sırasında gelişen bir 'ikincil enürezis nokturna' olgusu incelenmiş, olgunun bilişsel davranışçı yaklaşım ve imipramin tedavisine verdiği yanıt değerlendirilmiştir.

OLGU

Bay A., 27 yaşında, üniversite mezunu, banka memuru, 7 aydır evli, çocuksuz. İdrar kaçırma yakınması ile polikliniğimize başvurmuştur. Hastanın yakınması yaklaşık 2 yıl önce, nişanlandıktan sonra annesi ile eşinin arasında yaşanan bir tartışma sonrasında başlamış. Hastalığın başlangıcında haftada ortalama 3 kez olan idrar kaçırma yakınması, evlendikten sonra haftada 4-5 kez olmaya başlamış. Hasta, yakınmaları nedeni ile bir üroloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan rutin biyokimyasal tetkikler, idrar analizi, ürodinamik çalışmalar, kraniyal ve lumbosakral bilgisayarlı tomografi sonucunda patoloji saptanmamış. Hastaya desmopressin (DDAVP) 10 mcg intranasal başlanmıştır. Yakınmasının gerilememesi üzerine DDAVP dozu her hafta 10 mcg artırılarak 40 mcg'a kadar çıkarılmış. Altı ay düzenli DDAVP kullanmasına karşın, ancak haftada 3 geceye inen idrar kaçırma yakınması olan hastanın DDAVP'i azaltılarak kesilmiş ve herhangi bir tedavi önerilmemiştir. Yakınmalarının yeniden şiddetlenmesi üzerine hasta tekrar üroloji polikliniğine başvur-

muş. DDAVP tb 0.2 mcg başlanmıştır. Altı ay düzenli DDAVP kullanımı olan hastanın geceleri idrar kaçırma sayısında azalma (3 gece/hafta) olmakla birlikte, yakınmasında tam olarak düzelme gözlenmemesi üzerine psikiyatri polikliniğine başvurması önerilmiştir.

Özgeçmişi

Prenatal, natal ve postnatal dönemde herhangi bir sorun yaşanmamış. Bebeklik döneminde geçirmiş olduğu önemli bir hastalık yokmuş. On sekiz aylıkken annesi tarafından verilen tuvalet eğitimi sırasında ceza ve zorlama yöntemleri kullanılmamış. İki buçuk yaşında iken idrar ve gaita kontinansı tammış. Sünneti 9 yaşında ve o sırada 4 yaşında olan erkek kardeşi ile birlikte yapılmış. O dönemle ilgili sadece kendisine ait bir sünnet olmadığı için üzgün olduğunu anımsıyor. Sünnetle ilgili bilgiyi daha önce sünnet olan arkadaşlarından almış ve 'biraz korkmuş'.

Kendisinden 5 yaş küçük olan erkek kardeşi ile çocukluk döneminden bu yana anlaşamadıklarını, kardeşinin 'Yanımda olmanı istemiyorum, senden utanıyorum.' dediğini belirten hasta, kendisi istemediği halde annesinin zorlaması nedeniyle kardeşini haftada bir kez aradığını, bu görevi yerine getirdikten sonra o geceyi ağlayarak geçirdiğini belirtti. Kardeşinin istediği her şeyin bugüne kadar annesi tarafından alındığını, ancak annesinin kendi isteklerine 'duyarsız' kaldığını belirtti.

Hastanın babası lise dönemine kadar yurt dışında çalışmış. Babasını ancak yılda bir defa izin dönemlerinde görebilmiş. Bununla ilgili olarak çocukluk döneminde annesine babası için 'Bu adam kim?' diye sorduğunu anımsıyormuş. Hasta ortaokul 2. sınıfa kadar annesi ve erkek kardeşiyle İstanbul'da yaşamış. Hasta ortaokul 2. sınıfta derslerinin kötüleşmesi üzerine 1 yıl süreyle ortaokul 3. sınıfı okuması için dayısına gönderilmiş. Çocukluk döneminden beri annesinin erkek kardeşine gösterdiği özen ve ilgiyi kendisine göstermediğini düşünüyor.

Hastanın bugüne kadar psikiyatrik ve tıbbi hastalık öyküsü bulunmamaktadır.

Soygeçmişi

Ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık ve enürezis nokturna tanımlanmıyor.

Hastaya göre, annesi aile içinde kararları veren, baskın, eleştirel yaklaşan, otoriter, beklenti düzeyi yüksek, kuralcı, müdahaleci bir kişiymiş. Hastanın isteklerine duyarsız, ancak hastanın kardeşinin isteklerine karşı özenliymiş.

Baba ise sessiz ve tepkisiz, eşinin evdeki otoritesine karşı çıkmayan bir kişi olarak tanımlanıyor. Hasta kendisini daha çok babası ile özdeşleştiriyor.

Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri

Hasta kendisini sessiz, sakin, duygusal, kırık, çabuk çaresizliğe kapılan bir kişi olarak tanımlıyor. Ayrıca kendisini ifade etme ve kişiler arası ilişkiler kurma onun için her zaman bir sorun oluşturmuş. Öfkesini ve kızgınlığını ifade etmede yetersizlik yaşıyormuş.

Eşle İlişkiler

Hasta eşini kararları alan, baskın, duygusuz ve anlayışsız bir kişi olarak tanımlıyor. Bu özellikleri ile eşinin otoriter ve sürekli eleştiren annesine benzediğini belirtiyor.

Enürezis nokturna nedeniyle cinsel yaşamlarının bir ay öncesine kadar kötü olduğunu, ancak son bir aydır eşinin ve kendisinin cinsel yaşamlarını tatmin edici bulduklarını belirttiler.

Fizik ve Nörolojik Muayene

Hastanın fizik ve nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirilmiştir.

Ruhsal Durum Muayenesi

Yaşında görünen, öz bakımı iyi, giyimi sosyokültürel düzeyi ile uyumlu erkek hastaydı. Görüşmeci ile ilişki kurma derecesi yeterliydi. Aralıklı göz ilişkisi kuruyordu. Konuşması kendiliğinden, açık, anlaşılır, hafif alçak sesle idi. Bilişsel yetilerinde bilincinin açık; yöneliminin zamana, yere ve kişiye karşı tam olduğu; yakın, uzak ve tespit belleğinin normal; dikkat ve konsantrasyonun biraz azalmış; soyut düşünme, gerçeği değerlendirme yetisinin ve yargılamasının normal olduğu belirlendi. Düşünce akışı olağandı. Düşünce içeriğinde ailesel sorunlar, idrar kaçırma yakınması üzerine yoğunlaşma ile birlikte mutsuzluk ve umutsuzluk gibi depresif temalar da vardı. Duygulanım ve duygudurum depresifti. Vejetatif işlevlerde iştahta azalma, geceleri 3 kez eşi tarafından tuvalete gitmesi için uyandırılması ve yatak altına serilen muşamba nedeniyle uykuya dalma güçlüğü, gece sık sık uyanma tanımlıyordu. Libido azalmıştı.

Laboratuvar Tetkikleri

Hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde kan biyokimyası, hemogram, tam idrar tetkiki, tiroid işlev testleri, elektrokardiyografi normal bulundu. Çekilen uyku elektroensefalografisi normal sınırlarda değerlendirildi.

Psikometrik Değerlendirme

Hastanın depresyonunu ve anksiyetesini değerlendirmek amacıyla ilk görüşmede ve takibinin altıncı haftasında Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)⁷ ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)⁸ kullanıldı. Tedavinin başlangıcında HAM-D puanı 16, altıncı hafta sonunda 6 idi. HAM-A puanı ise tedavinin başlangıcında 20, altıncı hafta sonunda 7 idi.

Tanı

DSM-IV tanı ölçütlerine göre, eksen I'de enürezis nokturna ve majör depresif bozukluk tanımlarını karşılıyordu.

Tedavi Süreci

Psikiyatri polikliniğine başvurduğu sırada 0.2 mcg/gün DDAVP kullanan hastanın ilaç dozu aşamalı olarak azaltıldı ve ilacı kesildi. Kesilme sürecinde aralıklı olarak idrar tetkiki yapıldı. İdrar dansitesi 1020-1015 arasında seyretti. Enürezis nokturna ve yoğun depresif belirtiler nedeniyle 75 mg/gün imipramin başlandı ve bir hafta sonra 150 mg/güne çıkıldı. Üçüncü haftanın sonunda idrar kaçırma haftada 2-3 gün ve HAM-D ile HAM-A puanları sırasıyla 11 ve 12 idi. Altı haftanın sonunda gece idrar kaçırması olmayan hastanın HAM-D ve HAM-A puanları sırasıyla 6, 4'e geriledi. Tedavi sürecince hastaya bilişsel davranışçı tedavi uygulandı. Bilişsel davranışçı tedavide hastanın sorunuyla ilgili düşüncesi, sorunun başlamasına ve sürmesine yol açan durumlar, enürezisi şiddetlendiren ya da hafifleten durumlar, diğer insanların tutum ve davranışları hakkında görüşüldü. Eşiyle olan ilişkisinde davranışların değiştirilmesi ve paylaşılması, düşünce hatalarının düzeltilmesi, eşlerin istek, düşünce ve duygularını birbirlerine açık, net ve yargılamadan iletebilmeleri sağlandı. Problem çözmeye ve çatışmayı azaltmaya yönelik alternatif çözüm yolları üzerinde duruldu. Dördüncü ayda yapılan kontrolde enürezis nokturnanın yinelemediği ve eşi ile ilgili sorunlarının azaldığı görüldü.

TARTIŞMA

Enürezis nokturna somatik ve psikiyatrik etkenlerle karmaşık etkileşimi olan bir bozukluktur. Psikiyatrik sorunların oranı ikincil enürezis nokturmada anlamlı düzeyde artmakta ve enürezisi takiben ortaya çıkmaktadır.⁹ Yetişkinlerde de enüretik çocuklardaki gibi özgüvenin azaldığı saptanmıştır.^{10,11} Bu olguda da annesinin müdahaleci ve yönlendirici yaklaşımından eşinin

rahatsız olması ve buna tepki göstermesi çatışmaların ana noktasını oluşturarak enürezisi tetiklemiş ve enürezisin sürmesi depresif belirtilerin ortaya çıkmasına ve ağırlaşmasına neden olmuştur.

Yetişkinlerde enüretik belirtiler çocuklara göre daha ağır olmaktadır. Yapılan bir çalışmada enürezisi olan yetişkinlerin %53'ünün haftada üçten çok, %26'sının her gece idrar kaçırdığı gözlenmiştir. Bunun yanı sıra kadınların %34.5'inin ve erkeklerin yarısının yatağı ıslatmamak için çeşitli yöntemler kullandıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada nokturnal enürezisi olan yetişkinlerde uykusuzluğa göre uykuya dalmakta ve sürdürmekte daha fazla zorluk yaşadıkları belirlenmiştir.¹² Bizim olgumuzda da psikiyatri polikliniğine başvurduğunda haftada 3 kez enürezis olduğunu ve yatağı ıslatmamak için muşamba kullandığını belirtmiştir. Bu nedenle uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük tanımlamıştır.

Bir trisiklik antidepresan olan imipramin, anti-depresan etkisini merkezi ve periferik reseptörlerde monoamin nörotransmitterlerin geri alımını inhibe ederek göstermektedir. Ancak enürezis nokturna tedavisindeki etki düzeneği tam olarak bilinmemektedir. Enüreziste imipraminin etkisi hızlı ortaya çıkar. Bu etki imipraminin antidepresan etkisi ile ilişkili gözükmemektedir. Imipraminin nokturnal poliüri olan durumlarda vazopressinden bağımsız olarak antidiüretik etkisi bulunmaktadır. Bu antidiüretik etki ile proksimal tübüllerde alfa-adrenerjik uyarılmayı artırarak nefronun distalinde ikincil olarak daha çok üre ve su geri emilmesine neden olduğu düşünülmektedir.¹³ Ayrıca imipraminin merkezi sinir sisteminde norepinefrin geri alımına etki ederek doğrudan mesane kaslarını gevşettiği, ya da çıkış direncini artırdığı sanılmaktadır. Imipraminin etki düzeneği ile ilgili varsayımlardan biri de, mesane üzerindeki antikolinerjik etkisi ve uykunun son üçte birlik kısmında derinliğin azalması ile etki edebileceğidir.¹⁴ Yapılan araştırmalarda imipraminin enürezis nokturnada yaklaşık %70 oranında etkili olduğu anlaşılmıştır. Imipraminin yan etkileri hastaların %15'inde görülmektedir. Daralmış terapötik aralık ve ilaç kesildikten sonra yüksek oranda relaps görülmektedir. Bu relaps oranları yaklaşık %80 olarak bildirilmiştir.¹⁴

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, imipraminin gece uykusu örüntüsüne etkisi ile enürezisin tedavisini açıklamak mümkün olmamıştır.

Sentetik antidiüretik hormon analogu olan desmopressin bozulmuş alarm sisteminin teda-

visi için kullanılmaktadır, idrar miktarını mesane kasılmasını tetikleyen miktarın altına düşürerek etki eder.¹⁵ Imipramin tedavisine göre yan etki açısından daha güvenli bulunduğu için yeğlenmektedir. Özellikle enürezis açısından aile öyküsü olan hastalarda desmopressinin daha iyi sonuç verdiği saptanmıştır. Norgaard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aile öyküsü bulunan hastalarda %91, aile öyküsü bulunmayan hastalarda %71 oranında başarılı tedavi sağlanmıştır.²⁰ Yapılan bir çalışmada, her gece ortalama 40 mcg DDAVP kullanan birincil nokturnal enürezisi bulunan yetişkinlerin %66'sında kontinans sağlandığı ve hastaların %45'inin uzun süre bu tedaviyi sürdürdükleri belirtilmiştir.¹⁶ Ancak bizim olgumuzda yeterli süre ve maksimum dozda DDAVP kullanılmış olmasına karşın, kontinans sağlanamamış, bu nedenle DDAVP kesilerek hem enürezis, hem de depresif bozukluk tedavisinde etkili olan imipramine geçilmiştir.

Bugüne kadar yapılan birçok çalışmada özellikle ikincil nokturnal enürezisi olan hastalarda ve nevrotik kişilik özelliği bulunan çocuklarda psikolojik tedavinin önemi vurgulanmıştır.¹⁷ Hastanın konuyla ilgili kognisyonları, baş etme becerilerinin ele alınması önemlidir. Literatürde davranışçı tedavi tekniklerinden yatak alarm tekniği etkili bir yaklaşım olarak yer almıştır. %75-80 oranında iyileşme ve %30 oranında relaps bildirilmiştir. Bu yöntemle tedaviden sonuç alabilmek için 6-8 haftalık süre gerekmektedir. Tedaviden en etkili sonucu elde edebilmek için hastaya uygun olarak tedavi seçeneklerinin birleştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.²¹ Bu olguda da farmakolojik tedaviye bilişsel davranışçı tedavi eklenmiştir.

Psikanaliz literatüründe enürezis ile ilgili yazılara bakıldığında, ilk olarak Freud'un idrar yapmanın işlevinden ve erotik anlamından söz etmiş olduğu, üriner erotizm adını verdiği bu süreci çocukluk mastürbasyonunun ikinci evresi olarak kabul ettiği göze çarpmaktadır. Aynı düşünce çizgisini izleyen Karl Abraham da çocuklukta idrar yapma eylemine eşlik edebilen tüm güçlü fantezilere ve her şeye zarar verebilecek büyük ve hatta sınırsız bir güce sahip olma duygusuna dikkat çekmiştir. Melanie Klein da özellikle idrarla yıkıcılık ve saldırganlık fantezilerinin önemini vurgulamış, çocuğun gelişiminde üretral sadizmin rolünden söz etmiştir. Klein hem çocuk, hem de yetişkinlerde idrarın yakıcı, eritici ve zarar verici bir sıvı, gizli ve sinsî bir zehir olarak düşlemlenmesiyle karşılaşmış olduğunu belirtmiştir.¹⁸

Daha güncel yazarlar da enürezisteki psikolojik etkenler arasında çevre ile etkileşimle beraber libidinal gelişimin farklı evrelerinde boşaltım işlevine yapılan duygulanımsal yatırımı saymaktadırlar. İdrar yapmanın erotize edilmesinin doğrudan dürtüsel doyum sağladığını vurgulamakta olan bu yazarlar, bedensel işlevler üzerinde kontrolün kazanılması kadar, diğer dürtüsel doyum yollarının ulaşılabilir olup olmasının da ikincil enüreziste etkili olduğunu belirtmektedirler.¹⁹

Geçmiş öyküsünde, babasını lise dönemine kadar yılda bir kez izin dönemlerinde görmüş olduğunu belirten hasta, kardeşinin doğduğu 5 yaşına kadar olan dönemi anne ile baş başa geçirmiş ancak bu dönem için bir enürezis öyküsü vermemiştir. Bu bilgi ürinasyonun erotik işlevi üzerinde durmayı kuşkulu hale getirmektedir. Öte yandan hasta annesini otoriter ve sürekli eleştiren bir kişi olarak tanımlamaktadır. Hastaya göre, anne kardeşin her istediğini almakta, ancak kendisinin isteklerine duyarsız kalmaktadır. Kendisini sessiz, sakın, duygusal, kırılğan, çabuk çaresizliğe kapılan bir kişi olarak tanımlayan hasta, öfkesini ve kızgınlığını dışa vurmada da sorunlar yaşamaktadır. Kendisini sessiz ve tepkisiz olan babası ile özdeşleştirmektedir. Tanımlanan karakter özellikleriyle düşünüldüğünde anne ile ilişkisinde yoğun öfke sorunları yaşaması beklenebilecek olan hastanın, daha önce bastırmış olduğu öfkesinin anlatımı olarak da idrar kaçırma gibi bir çözüme başvurmamış olduğu anlaşılmaktadır.

İlk olarak 27 yaşında karşılaşmış olduğu bu sorun, ürinasyonun hasta için işlevini üretral sadizm ya da üretral erotizm olarak değerlendirilmeyeceğimizi düşündürmektedir. Kendini tanımlayışı ile tutarlı olacak biçimde kendine yeterince güven duyması beklenemeyecek olan hastanın nişanlılık gibi bir dönemde, yani olgun bir cinsel ilişki yaşamaya başlamasının hemen arifesinde böyle bir problemin ortaya çıkması onu yetişkin cinsel işlevleri yerine getirebilecek, cinsel açıdan yeterli ve güçlü bir erkek olmaktan çıkarmış, baskın ve otoriter bir anne karşısındaki (hem eş, hem de anne) küçük ve çaresiz bir oğlan çocuğu konumuna getirmiştir. Bu açıdan bakıldığında bu yetişkin erkekteki idrar kaçırma, kastrasyonun ve yetersizliğin bir anlatımı olarak yorumlanabilir. Küçük bir oğlan çocuğu penisini genital işlevler için değil ancak kısmi dürtüsel doyumlar ya da fizyolojik gereksinimler için bir araç olarak kullanabilir. Hasta da annesine benzeyen baskın, kararları alan, eleştiren, hastaya yapması ve yapmaması gerekenleri bildiren ve hatta bu konuda annesi ile tartışan, duygusuz ve anlayışsız birini eş olarak seçmekle çocukluğundaki duygusal deneyimleri yineleyebileceği ve kendisine aynı yetersizliği yaşatacak bir ilişki kurmuş durumdadır.

Bugüne kadar nokturnal enürezisli yetişkinlerle ilgili çok az araştırma yapılmış olmasına karşın, yetişkinlerde psikososyal ve mesleki işlevsellikte bozulmalara neden olmakta, bu durum araştırılmaya değer bir alan olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Harari MD, Moulden A. Nocturnal enuresis: What is happening? *J Paediatr Child Health* 2000; 36:78-81.
2. Mikkelsen EJ. Elimination disorders. *BJ Sadock, VA Sadock (eds), Comprehensive Textbook of Psychiatry, seventh ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p.2720-2728.*
3. Wadworth ML. Persistent enuresis in adults. *Am J Orthopsychiatry* 1944; 14:313.
4. Turner RK, Taylor PD. Conditioning treatment of nocturnal enuresis in adults: preliminary findings. *Behav Res Ther* 1974; 12:41-52.
5. Cushing FC Jr, Baller WR. The problem of nocturnal enuresis in adults: special reference to managers and managerial aspirants. *J Psychol* 1975; 89:203-213.
6. van Son M, van Heesch N, Mulder G, van Londen A. The effectiveness of dry bed training for nocturnal enuresis in adults: a 3,5,6 years follow-up. *Behav Res Ther* 1995; 33:557-559.
7. Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Clinical use and the reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale (in Turkish). *3P Dergisi* 1996; 4:251-259.
8. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anxiety Rating Scale: inter-rater reliability and validity study (in Turkish). *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:114-117.
9. Von Gontard A, Lehmkuhl G. Enuresis nocturna: neu studies of genetic, pathophysiologic and psychiatric correlations. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1997; 46:709-726.
10. Hagglof B, Andren O, Bergstrom E, Marklund L, Wendelius M. Self-esteem in children with nocturnal enuresis and urinary incontinence: improvement of self-esteem after treatment. *Eur Urol* 1988; 33:16-19.

11. Theunis M, Van Hoecke E, Paesbrugge S, Hoebeke P, Vande Walle J. Self-image and performance in children with nocturnal enuresis. *Eur Urol* 2002; 41:660-667.
12. Yeung CK, Sihoe JD, Sit FK, Bower W, Sreedhar B, Lau J. Characteristics of primary nocturnal enuresis in adults: an epidemiological study. *B J U Int* 2004; 93:341-345.
13. Hunsballe JM, Rittig S, Pedersen EB, Olesen OV, Djurhuus JC. Single dose imipramine reduces nocturnal urine output in patients with nocturnal enuresis and nocturnal polyuria. *J Urol* 1997; 158:830-836.
14. Wagner W, Johnson SB, Walker D, Carter R, Wittner J. A controlled comparison of two treatments for nocturnal enuresis. *J Pediatr* 1982; 101:302-307.
15. Moulden A. Management of bedwetting. *Aust Fam Physician* 2002; 31:161-163.
16. Vandersteen DR, Husmann DA. Treatment of primary nocturnal enuresis persisting into adulthood. *J Urol* 1999; 161:90-92.
17. Matricardi A. Functional enuresis. Which is the border between the organic and the pathological? *Minerva Pediatr* 1996; 48:259-266.
18. Laplanche J, Pontalis JB. Fantasy and the origins of sexuality. *Int J Psychoanal* 1968; 77:649-657.
19. Schmidt G. *International Dictionary of Psychoanalysis*. AD Mijolla (ed), first ed., Paris, Calmann-Levy, 2002, p.23-26.
20. Norgaard JP, Djurhuus JC, Watanabe H. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. *Br J Urol* 1997; 79:825-835.
21. Mikkelsen EJ. Modern approach to enuresis and encopresis. M Lewis (ed), *Clinical and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, second ed., Philadelphia, Williams & Wilkins, 1996, p.590-601.