

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

Dr. Steven Soifer • Dr. George Zgourider
Dr. Joe Himle • Nan O'Brien

GİZLİ SOSYAL FOBİ PARÜREZİS

UTangaç mesane
sendromu

yayıncılıkta 20 YIL

psikonet

Ücretsiz PDF Kitap Arşivi - <https://rantey.org>

61

Gizli Sosyal Fobi Parürezis

*Parürezisten ızdırıp çekenlere
ve
International Paruresis Association'ın,
Shy Bladder Center'in ve
American Restroom Association'ın
kuruluşlarında bana yardım eden,
parürezis sorunu olan olmayan herkese...*

(Steven Soifer)

PsikoNET Psikoterapi ve Eğitim Merkezi

PsikoNET Psikoterapi ve Eğitim Merkezi 1999 yılı sonlarında, Psikiyatrist Dr. H. Alp Karaosmanoğlu tarafından interneti ruh sağlığı alanında bir bilgilendirme ve paylaşım aracı olarak kullanma amacıyla, internet platform ve portal projesi olarak ortaya çıktı. PsikoNET Psikoterapi ve Eğitim Merkezi mesleki uzmanlaşma, kişisel gelişim, psikoterapi ve klinik ölçme ve değerlendirme, etik ve danışan odaklı hizmet anlayışı çerçevesinde birçok alanda hizmet veriyor.

Uluslararası şema Terapi Derneği (ISST) tarafından 'Advanced' düzeyde şema Terapisti ve Eğitimcisi olarak kabul edilen Dr. H. Alp Karaosmanoğlu, Jeffrey Young'ın geliştirdiği şema Terapi modelini meslek içi uzman ve öğrencilere aktarmakta ve bu konuda Türkiye içi araştırmalara imza atmaktadır. Gelecek eğitimlerle ilgili bilgi ve tarihlerin bulunduğu listeyi internet sitesi (www.psykonet.com) üzerinden izlemek mümkündür.

2003 yılında kurulan PsikoNET Yayınları, şema Terapi (řT) ve Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT) ağırlıklı olmak üzere ruh sağlığı alanında çeşitli çeviri ve telif eserleriyle yayıncılık etkinliğini sürdürmektedir. İlk sayısı 2021 Nisanı'nda çıkan ve "Dünyanın ilk ve tek şema Terapi dergisi" özelliğini taşıyan '*İyi Hissetmek*' (Psikoloji-Edebiyat-Sanat) dergisi ise alanlarında yetkin ve deneyimli psikolog ve psikiyatristlerin yazılarıyla 2 ayda bir yayınına devam ediyor. Yine internet sitesi (www.psykonet.com) üzerinden edinilebilen Psikonet Yayınları'na ait kitaplar ve İyi Hissetmek dergisi ile kişilerin kendine özgü konularda bilgilendirilmeleri ve kendine yardım yetilerinin geliştirilmeleri amaçlanmaktadır.

Dr. Steven Soifer • Dr. George Zgourider
Dr. Joe Himle • Nan O'Brien

Gizli Sosyal Fobi Parürezis

Utangaç Mesane Sendromu

Türkçesi

Prof. Dr. Erhan Bayraktar
Berna Bayraktar Bayındır



Gizli Sosyal Fobi

Utangaç Mesane Sendromu - Parürezis

The Secret Social Phobia

Shy Bladder Syndrome - Paruresis

Dr. Steven Soifer, Dr. George Zgourider, Dr. Joe Himle, Nan O'Brien

Copyright ©2017 Paruresis Association, Inc.

Turkish edition arranged through Akcalı Telif Hakları Ajansı

Copyright ©2019 Psikonet Yayınları

Türkçesi: Prof. Dr. Erhan Bayraktar, Berna Bayraktar Bayındır

Editör: Güliz Şan Etgür (Klinik Psikolog)

Yayına hazırlayan: Cem Çobanlı

Genel koordinasyon: Serkan Ay

1. Basım: Aralık 2023

ISBN: 978-625-98748-1-4

Basım ve Cilt:

Ana Basın Yayın Gıda İnş. San. ve Tic. AŞ

Mahmutbey Mah., Devekaldırımı Cad., 2622 sok.

Güven İş Merkezi, no: 6/23

Bağcılar - İstanbul

Tel.: (0212) 446 05 99

Sertifika no: 52729

Psikonet Yayıncılık ve Eğitim AŞ

Teşvikiye Mahallesi, Valikonağı Cad., Çam Ap.,

No: 161/8, Şişli 34363 - İstanbul

Tel.: (0212) 231 84 43

Faks: (0212) 231 22 77

info@psikonet.com

www.psikonet.com

Sertifika no: 43557

Bu kitabın tüm yayın hakları Psikonet Yayınları'na aittir. Bu kitabın hiçbir bölümü, yayıncıların yazılı izni olmadan, fotokopi ve kayıt alma veya herhangi bir veri deposu ya da bilgi çekme sistemi gibi, şimdi bilinen ya da bundan sonra icat edilecek olan elektronik, mekanik veya diğer araçlarca tekrar basılamaz veya üretilemez veya kullanılamaz.

Önsöz	7
Giriş	9
1 Utangaç Mesane Sendromu Nedir ve Sizde Olduğunu Nasıl Anlarsınız?	15
2 Beyin, Mesane ve İşeme: Uyum İçinde Çalışmak ama Her Zaman Değil	35
3 Utangaç Mesane Sendromunun Nedenleri: Gizemi Çözmek	49
4 Utangaç Mesane Sendromunu Kendiniz Tedavi Edebilirsiniz	63
5 Yardımcı Terapiler, Destek Grupları ve Atölye çalışmaları	93
6 Tıp Topluluğu ve Parürezis .	131
7 Aile Bireyleri, Yakın Eşler ve Arkadaşlarınız İyileşmenize Destek Olabilir	149
8 Gelişen Yasal Sonuçlar: Engelli Amerikalılar Yasası ve Zorunlu Uyuşturucu Testi	157
9 Gelecek Yönelimleri	177
EK-A: Literatür taraması: Dergi makaleleri	196
EK-B: Literatür taraması: Tezler ve kitaplar	234
EK-C: Tuvaletlerin evrimi ve Parürezis üzerindeki etkisi	239
EK-D: Parürezisin altında yatan düzenek	254
EK-E: Parürezisin epidemiyolojisi .	258
EK-F: Utangaç Mesane Merkezi ve Amerikan Tuvalet Birliği	261
EK-G: Davranışsal hiyerarşi	266
EK-H: Daha fazla yardım için kaynaklar	267

Her ne kadar inanması zor da olsa, *'Shy Bladder Syndrome: Your-by-Step Guide to Overcoming Paruresis'*ın (Utangaç Mesane Sendromu: Adım adım Utangaç Mesane Sendromu ile Başetme Rehberi, 2001) yayımlanmasından bu yana 16 yıl geçti (2017). Kitap 18 binden fazla satıldı. Bazı yayıncılık çevrelerinde, 10 bin adet satan bir kitap 'çoksatın' olarak değerlendirilir. Ancak kitabın 10. basımı yayımlanması gerekirken, yayınevi 2. basımı yayımlamayı kabul etmedi. Bu nedenle, yayıneviyle yapılan türlü görüşme ve fikir paylaşımları sonucunda yazarlar, kitabın yayın haklarını geri çekti ve bu sosyal kaygı bozukluğu ile ilgili yeni bilgileri aktarmak amacıyla kitabın özgün basımını e-kitap biçiminde yeniden düzenledi.

Umuyorum ki, kitabı okuyan kişilerin aynı zamanda kurumumuzun internet sitesinden de haberleri vardır: www.paruresis.org; www.shybladder.org; ve www.americanrestroom.org. Birleşik Devletler ve Kanada'da tahmini olarak 25 milyon, dünya çapında ise yaklaşık olarak 220 milyon kişiyi etkileyen bu sosyal fobi ile ilgili ek bilgilere bu internet sitelerinden ulaşılabilir.

E-kitabımızda yer alan malzeme hakkında herhangi bir sorunuz olduğunda, lütfen info@paruresis.org adresine e-posta gönderin, böylece size bir an önce dönüş sağlayalım. Bu süreçte herkese mutlu işemeler!

Dr. Steven Soifer

International Paruresis Association Yönetim Kurulu Başkanı,
Shy Bladder Center Yöneticisi

Şöyle bir senaryo hayal edin: Adamın biri beyzbol maçı izlemeye gider. Güneş ışığının, tuttuğu takımın taraftarlarının stada yayılan coşkusunun, sosisli sandviç ve sodanın tadını çıkarır. Erkekler tuvaletini kullanmaya mecbur kalmasının üzerinden çok geçmemiştir ancak upuzun bir kuyrukta aynı görevi tamamlamayı bekleyen erkeklerle dolu kalabalık stat tuvaletinde bir türlü idrarını yapamaz. Pisuvara ulaşmasına rağmen ne kadar çok çabalarsa, içeri girmesi o kadar olanaksızlaşır. Mahremiyete ihtiyacı vardır. Tam anlamıyla bir mahremiyete. Çaresizce, mesanesinin patlamak üzere olduğunu hissederken arkadaşlarını beyzbol stadında bırakır ve tek kişilik, kapısı kilitlenebilen bir tuvaleti olan bir benzin istasyonu bulana kadar etrafta arabasıyla dolaşır. Orada ihtiyacını giderebilecektir fakat oyuna tekrar geri dönemeyecektir. Yine mahvolmuş bir akşamüstü, üstelik niye böyle olduğunu da hiç kimseye anlatamayacaktır.

Milyonlarca Amerikalı, az bir bölümünün hakkında bilgi sahibi olduğu, çok daha azının ise tartıştığı bu kaygı sorunundan yakınmaktadır. Bu sosyal fobi, Parürezis, Çekingen Mesane Sendromu (ÇMS) veya Utangaç Mesane Sendromu'dur (UMS) ve bundan ya-

kınmakta olan insanların yaşamlarını gerçek anlamıyla mahvedebilmektedir. Bu terimleri, kitap boyunca birbirlerinin yerine kullanacağız.

Yaşamının bir döneminde, hemen hemen herkes idrara çıkma konusunda zorluk yaşayabilmektedir. Çoğunlukla bu durum, bir ameliyat sonrasında, ilaç tedavisi veya erkeklerde prostat büyümesi nedeniyle gerçekleşebilmektedir. Fakat bu geçici durum, utangaç mesane sendromu demek değildir. Parürezisten yakınan kişiler, neredeyse her zaman, hatta bazen kendi evlerinde bile, etrafta başka kişiler varsa tuvaleti kullanmakta sorun yaşarlar. Parürezisten etkilenen kişiler bu duyguyu, idrara çıkmalarını sağlayan dürtünün en ufak zerresini hissetmeyen mesanelerinin “donması” ya da “kilitlenmesi” olarak tanımlarlar. Fiziksel duyumsama ve tuvalete gitme gereksinimi o kadar şiddetlidir ki, kişi mesanesinin sanki patlayacağını hisseder ancak yine de tuvalete gidemez.

Utangaç mesane sendromu, belki de idrarını kaçırma ve cinsel uyarılma bozukluğundan sonra, irdelenmesi gereken en utanç verici bedensel işlev bozukluğudur. Birçok insan için parürezis derin, karanlık bir gizemdir, tuvalete gidemezler ancak niçin gidemediklerini bir türlü bilemezler. Ciddi boyuttaki utangaçlık duygusu, çoğu insanın kendini aşırı derecede yalnız hissetmesine ve bu sorunun kendinden başka hiç kimsede olmadığı gibi yanlış bir inanca kapılmasına yol açarak bu sorunu paylaşmasına engel olur. Gerçek şudur ki, son yapılan araştırmalar Birleşik Devletler ve Kanada’da yaklaşık 25 milyon kişinin evlerinden uzaktayken tuvaleti kullanma konusunda zorluk çektiklerini ortaya koymaktadır. Bu kişilerin çoğu belli bir düzeyde UMS’den yakınmaktadır. Bu kişilerin bir-iki milyon kadarının iş, sosyal ilişkiler, seyahat ve diğer önemli etkinliklerini önemli derecede kısıtlayacak kadar UMS’den etkilendikleri belirlenmiştir.

UMS ayırım gözetmez. Tüm dünyada, erkek ve kadınları; genç, orta yaşlı ve yaşlıları, eşcinsel olan olmayan ve trans bireyleri, tüm ırk, etnik köken ve dinlere ait kişileri etkilemektedir. Bu durum sıklıkla, travmatik bir olay sonucu gelişmektedir. Tetikleyen olay, tuvalete giden bir çocuğa, “Acele edip şu tuvalete gidecek misin! gibi tek bir basit söylemden cinsel istismara kadar değişkenlik gösterebilir. O andan itibaren, parürezisten yakınan kişi, bu sorunu daha kalıcı duruma getirmekten başka bir işe yaramayan tuvaletten kaçınma davranışını benimser.

Parürezisle özdeşleşen duygusal ıstırap, ciddi ve yaşam kalitesini bozucudur. Stadyumdaki tuvaletleri kullanamadığı için oğlunu maça götürmekten çekinen babadan tutun, alışveriş merkezinin tuvaletini kullanamadığı için kızını giysi alışverişine götüremeyen anneye, evinden uzağa seyahat edemediği için terfi hakkını geri çeviren ya da yitiren bir yöneticiden; işe alım öncesi ve sonrası herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığını gösteren testler için idrar numunesi veremeyen adaya kadar parürezis yaşamları mahvetmektedir.

Parürezise bağlı olarak, kişinin idrarını tutmasının uzun süreli etkileri henüz bilinmemektedir. Bu konu ile ilgili şimdiye kadar herhangi bir araştırma yapılmamıştır. Bilinen gerçek şudur ki, uzun süre idrara çıkmama kas tonüsünün azalmasına yol açarak, mesane kaslarının esnekliğinin azalmasına neden olur. Bu nedenle, mesane daha sık boşaltım yapma ihtiyacı hisseder ki, bu da parürezisli kişi için bir kısırdöngünün başlangıcı olur. İdrarın tutulması ayrıca bakterilerin çoğalmasına, böylece hem erkek hem de kadınlarda idrar yolu enfeksiyonlarının görülme olasılığının artmasına neden olmaktadır. Bu enfeksiyonlar ağrılıdır ve tıbbi girişimi gerektirir. İdrar vücuttan atılmadığında, böbreklerden birinin ya da her ikisinin de olumsuz etkilenmesine neden olacak şekilde, üreterlere geri dolaşabilir. Açıkça görülüyor ki, fiziksel nedenlerle olduğu kadar duygu-

sal nedenlerle de düzenli aralıklarla mesaneyi boşaltmak, idrara çıkmamaktan çok daha iyidir. Bu durum, UMS bulunan kişiler açısından üstesinden gelmeye ve mesanelerini düzenli bir şekilde boşaltmak üzere –genellikle kendi kendilerine uyguladıkları kateter yöntemiyle– bir yol bulmaya çalıştıkları için çok daha yaşamsal önem taşımaktadır.

İyi haber, utangaç mesane sendromunun tedavisi basittir: Birtakım olaylar, topluluk içinde idrara çıkamama durumunu tetiklediği için, bu sorunu yenme yöntemi, güvenli bir ortamda idrara çıkmayı yeniden öğrenmektir. Bu kitapta öne sürülen tedavinin gidiş ve kontrolü, parürezisli kişinin kendi elindedir ve bu yönde bireyselleştirilmiştir. Böylece, bu fobi ile yüzleşmenin ve üstesinden gelmeye çalışmanın kişi üzerinde yaratacağı stres azalmış olur. Kitabı okurken UMS'nin üstesinden gelme yolculuğunuzdaki başarınızı takip etmeniz yanısıra, bu fobi açısından önem taşıyabilecek konuları saptamanız ve de izlemeniz açısından günlük tutmanızı şiddetle öneririz.

Birleşik Devletler ve dünyadaki başlıca büyük şehirlerde giderek yayılan destek grupları bu konuda daha fazla yardım sağlamaktadır. UMS hakkındaki kamu bilinci (bu konuda verilen eğitim, günden güne parürezis ile yaşayan kişilere ümit veren televizyon, ulusal basın ve internet medyası ile karşılaşmaktan kanaklanan) tüm zamanların en yüksek düzeyindedir.

Elinizdeki kitap, UMS'nin ne olduğu; siz ya da sevdiğiniz bir kişiye böyle bir sorunun bulunması durumunda nasıl değerlendirilmesi gerektiği; UMS'den yakınan kişilerden öyküler; beyin/mesane ilişkisi; sendromun nedenleri; kendi-kendine tedavi; işyerinde ilaç testi gibi rahatsızlık boyunca yaşanan mücadele sorunsalı; yurtdaş hakları; tuvalet tasarımı ve banyo ile ilişkili diğer fobiler gibi okuyucuya önemli bilgiler sağlayan birkaç ek ve 9 bölümden oluşmaktadır.

Parürezis yaşam kalitesini bozan bir sorundur ama böyle olmak zorunda da değildir. Bu kitaptaki bilgi ve tedavi yöntemleri ile donanmış olarak, parürezisli kişi bu durumun üstesinden gelebilir ve yaşamının kontrolünü yeniden ele alabilir.

Kitabın başından sonuna, UMS'den yakın olan insanlar ile ilgili kişisel öyküler bulacaksınız. Bu öyküler, International Paruresis Association'ın (IPA, www.paruresis.org sayfasında) mesaj panosuna gelen anonim gönderiler ya da kuruluşun yönetim kurulu veya danışma kurulunda bulunan kişiler ile birebir iletişim sonucunda derlenmiştir. Aşağıdaki anlatıma bir bakın:

"Kendimi bildim bileli bu soruna sahip olan 30 bir yaşında bir erkeğim. Benim durumum oldukça tipik gözükmesine rağmen, tuvalete birisinin gelebileceği düşüncesi bir an bile aklımdan geçse, idrarımı yapamıyorum. Bu konuda ciddi kaygı taşıyorum ve bu sorun hareketlerimi, düşüncelerimi ve davranışlarımı kontrol altına almış görünüyor. Bu bana hiç anlamlı gelmiyor; hiç mantıklı değil ama şu anda olan şey bu."

Kişi, nedenini bilebilir ya da bilemeyebilir ama bu çok da önemli değildir. Bu durum ciddi bir depresyona neden olabilir:

"Şu an adının parürezis olduğunu bildiğim bu sorun nedeniyle, yaşamının en iyi olması gereken zamanı elinden alınmış yirmi beş yaşında bir erkeğim. On yaşından beri bu sorunu yaşıyorum fakat ne zamandan beri olduğu ne fark eder ki, bu sorunla geçen her an çok uzun bir zaman gibi. Hiç kimse buna çare bulmuş görünmüyor. Artık daha fazla dayanamıyorum! Bu sorunla uğraşmaktansa ölmeyi dilediğim zamanlar oluyor. Eğer bir tedavisi varsa, lütfen haber verin."

Özellikle, sorun üzerinde işbirliği içinde çalışırsanız ve bu kitapta özetlenen teknikleri uygularsanız, sorunun çözümünde yol almanız mümkün. Bakın! İşte bir kadının başarı öyküsü:

"Sanırım yaşadığım en inanılmaz deneyim, birkaç hafta önce eşimle akşam yemeğine çıktığım zamandı. Daha önce en az yüz kere gittiğimiz bir restorana gittik. Restorana gitmeden önce lavaboya gitmek zorunda kaldım ki normalde bu beni oldukça kaygılandırır. Ancak, bu kez öyle olmadı. Restoran çok kalabalıktı, ben tuvalete girdim ve çıktım. Masama vardığımda, bir şeyi farkettim. Bu restorana gittiğimiz bunca zaman, bir kez bile tuvalete girmemiştim!"

Kitapta bulunan bilgi ve kaynaklar, bu fobiden yakınan herkese yardımcı olabilir. Yalnız olmadığınızı, bu sorunla yüzleşebileceğinizi ve ona hükmedebileceğinizi bilmek, parürezisin bitmek bilmeyen hapishanesinden bağımsız bir yaşam sürmenin ilk adımıdır.

1 Utangaç Mesane Sendromu Nedir ve Utangaç Mesane Sendromuna Sahip Olduğunuzu Nasıl Anlarsınız

Sessiz bir tıbbi tehdit, her gün milyonlarca insanı rahatsız ediyor. Ama kimse bundan söz etmiyor. Bu durum gayri resmî olarak Çekingen Mesane Sendromu (ÇMS), Utangaç Mesane Sendromu (UMS), “utangaç böbrekler” ya da “işeme fobisi” olarak adlandırılır. Bu kitabın amaçları doğrultusunda, sözi edilen terimler yeri geldikçe birbirinin seçeneği olarak kullanılacaktır.

Bu durum için klinik olarak belirlenen resmî terim ‘parürezis’ tir ancak hangi terimin kullanıldığına bakılmaksızın, utangaç mesane sendromu (UMS) bu durumdan sessiz ve soyutlanmış bir şekilde yakınan milyonlarca insan için oldukça gerçek ve yıkıcı bir sorundur. Parürezis sendromunun bir parçası olan dayanılmaz derecede acı veren utanma duygusuna bağlı olarak, UMS’li kişiler bu durumu eş, aile, arkadaşlar ve tıbbi profesyoneller de dahil hiç kimseye konuşmaya istekli değildirler. Bu tutum, sorunun sadece daha vahim bir durum almasına neden olmaktadır.

Bu kitabın amacı, parürezisin fiziksel ve duygusal dinamiklerini anlamanıza yardımcı olmaktır. Bu duruma sahip olup olmadığını

zı belirlemenize yardımcı olacak ve hem UMS'ye yönelik terapötik yaklaşımların geçmişine hem de tedavide yeni yaklaşımlara genel bir bakış sağlayacaktır. Ayrıca bu kitap, UMS'nin aile bireyleri üzerindeki etkisi, sosyal durumlar, ilişki sorunları, piyasada yapılan uyuşturucu testi, genel tuvalet tasarımı, konuyla ilgili potansiyel yasal sonuçlar ve hapishanelerdeki parürezisli kişilerin uyumları gibi parürezisten yakınan insanları etkileyen önemli konuları irdeleyecektir.

Artık, UMS'yi sürekli duruma getiren sessizlik ve soyutlanma döngüsünü bozma zamanı geldi.

Utangaç Mesane Sendromu Nedir?

İnsanların zaman zaman tuvaleti kullanırken sorun yaşamaları nadir değildir. İdrar zorluğu; ilaçlar, boşaltım sistemindeki darlık ve tıkanmalar, yaralanma ve hastalıkları kapsayan çok sayıda tıbbi nedenlerden ötürü ortaya çıkabilir. Ancak bir kişi, evde idrarını yapabilirken evden başka herhangi bir yerde bu ihtiyacını gideremiyorsa, bu durumun sorumlusu genellikle parürezistir.

Parürezis, boşaltım sistemini etkileyen ve psikolojik bir olaydan kaynaklanan fizyolojik bir durumdur. Klinik psikolog ve ortak yazar George Zgourides (1987), bu durumu şöyle açıklamaktadır:

Hoş olmayan ilk deneyimden sonra, kişi her ne zaman tuvalete gitse, idrar yapmakta zorluk yaşayacağını bekler. Süreci kontrol altına almak adına yapılan zorlayıcı girişimler başarısız olur ve performansla ilişkili olan kaygı, bireyin halka açık tuvaletlerde iken idrar yapma olasılığını azaltır. Parüretik; daha sonra evde olduğu sürede mümkün olduğunca çok idrar yapmak, sıvı alımını kısıtlamak, boş olan genel tuvaletlerin yerlerini belirlemek, idrar yapma sırasında musluğu açmak ve uzun süren sosyal davetleri geri çevirme şeklinde bu bozukluğa kendini adapte eder (1171-2).

Ancak parürezis aynı zamanda, vücutta oluşan ve nedeni şu an tam belli olmayan birtakım süreçler sonucu oluşan belirtilerden oluşan patofizyolojik bir durumdur. Bu durum, boşaltım sisteminin “kısa devre” yapmasına benzer. Çevrede başka kişiler varken idrar yapma girişiminde bulunulduğunda “sistem” düzgün şekilde çalışmaz ve idrara çıkmak mümkün olmaz.

Zamanla, her biri farklı bir yolun neden olduğu farklı parürezis “fenotipleri” olduğu ve sonucun aynı olduğu belirlenebilir. Yine de şu an, bu soruna yönelik araştırmaların az olduğu düşünüldüğünde bilinen tek şey, bazı insanların belirli durumlarda idrar yapmakta zorluk yaşamasıdır.

Tipik olarak, parürezisten yakınan kişiler, evlerindeki tuvaleti –sürekli olarak idrar yapmalarına izin veren– gerçekten güvenli tek tuvalet olarak düşünürler. Ancak UMS, sadece genel tuvaletlerle sınırlı değildir. Arkadaşların ve akrabaların evinde hatta eve gelen konuklar ya da “tuvalet girmeyi bekleyen” bir aile bireyi olduğunda, kendi evlerinde bile bu sorun ortaya çıkabilir.

Bu Sendrom Kimlerde Var?

UMS’den yakınan kişiler sıklıkla tüm dünyada bir tek kendilerinin bu utanç verici işlev bozukluğuna sahip olduklarına inanırlar. Oysa bunun gerçekte hiçbir ilgisi yoktur. Parürezis, Birleşik Devletler ve Kanada nüfusunun yaklaşık yüzde 7’sini veya 25 milyon kadar çok insanı bir dereceye kadar etkileyebilmektedir (Kessler ve ark. 1997). Tüm ülkelerde, etnik gruplarda, tüm eğitim ve sosyo-ekonomik düzeylerdeki insanlarda (dünyada tahmini olarak 220 milyon kişinin etkilendiği gerçekten hiçbir ayırım yapmayan bir fobi olarak) oldukça yaygındır (Stein ve ark. 2008). UMS’ye sahip kişiler, içinde eğitimcilerin, avukatların, mühendislerin, tıp doktorlarının, inşaat işçilerinin, mavi yakalıların ve sanatçıların da olduğu toplumun her

kesiminden insanlardır. Parürezis, hem erkek hem de kadınlarda görülmekle birlikte, bu sorun için tedavi arayan kişilerin yüzde 90'ı erkektir. Ancak genel nüfustaki sıklığı, çok daha eşit olarak dağılım göstermektedir (Stein ve ark. 2000).

Parürezis - Sosyal Fobi

Hakkında tüm bilinmeyenlere karşın parürezisin, popüler şekliyle “sahne korkusu” olarak bilinen psikolojik bir durum olan sosyal bir fobi olduğu yaygın olarak kabul görmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (2013), ‘Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5’e göre, sosyal fobi (Kod 300.23) sosyal bir ortamdaki güçlü utanma veya aşağılanma ve başkaları tarafından kişinin performansı yargılanacağına ilişkin duyulan korkudur. Sosyal fobilerde, düşünce ya da gerçekte korkulan duruma maruz kalma ile ilişkili çok fazla endişe vardır. Sosyal fobisi olan kişiler, korku tepkilerinin duruma göre çok abartılı olduğunun farkındadır. Fakat bu öz farkındalığa karşın, bu kişiler genellikle tetikleyici durumlardan (parürezisli kişiler için tuvalet ortamı) kaçınarak sorunu ortadan kaldırırlar.

Günden güne daha fazla kitap, parürezisi ele almaktadır ve bu alandaki profesyonel literatür gelişmektedir. İlk olarak, DSM-5 “Bazı bireyler, başka kişiler varken genel tuvaletleri kullanmaktan çekinirler” (diğer deyişle, parürezis ya da “Utangaç Mesane Sendromu”, s. 203)” şeklinde resmî olarak bu durumdan bahsetmiştir. National Institute of Mental Health’in (NIMH – Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü) sosyal medya kitapçığı (1994), parürezise bir tür sosyal fobi olarak yer vermektedir.

1980 ve 1990’larda, popüler kitaplarda utangaç mesane sendromuna çok az değiniliyordu. Fezler’in (1989) ‘Creative Imagery: How to Visualize in All Five Senses’ (Yaratıcı İmgeleme: Beş Duyu ile Nasıl

Görselleştirilir) adlı kitabında, yazar parürezisli danışanlarından birini görselleştirme teknikleri kullanarak nasıl “iyileştigine” ilişkin bir örnek vermektedir. Markway ve arkadaşları (1992) ‘Dying of Embarrassment: Help for Social Anxiety an Phobia’ Uta(ngaçlıktan Ölmek: Sosyal Kaygı ve Fobi için Yardım) adlı kitabında utangaç mesane sendromuna bir sayfalık yer ayırmıştır. ‘Social Phobia: From Shyness to Stage Fright’ (Sosyal Fobi: Utangaçlıktan Sahne Korkusuna) adlı popüler kitabında Marshall (1994) “Kaygı bozukluğu bulunan danışanlarımız tarafından oldukça iyi biliniyor” diye belirttiği ve “Çekingen Mesane” olarak adlandırdığı konu ile ilgili üç sayfa ayırmıştır. Bourne’nin (1995) “Anksiyete ve Fobi Çalışma Kitabı”nda parürezisten söz edilmekle birlikte, kitaptaki çalışmalar parürezisli birçok kişi için oldukça yararlı olmuştur. 2001 yılında Utangaç Mesane Sendromu’nun ilk basımından sonra, utangaç mesane sendromuna değinen kitapların sayısı dikkate değer bir şekilde artmıştır. Halen, UMS üzerine bilgi içeren 30’un üzerinde kurgusal olmayan kitap Amazon.com’da listelenmektedir.

Günümüzde, Utangaç Mesane Sendromu, otizmin DSM-5 kapsamında yeni bir çerçeveye oturtulmasına benzer bir şekilde, “süreç” ya da “spektrum” olarak düşünülmelidir. Tahmini olarak dünya nüfusunun yüzde 7’si, ufak bir sorundan tutun kişinin hayatını baskılayacak kadar büyük bir sorun oluşturan UMS’den çeşitli düzeylerde etkilenmektedir. Bazı ciddi olgularda, parüretik (parürezisten yakınan kişi) işlevsel olarak agorafobik olabilir. Parürezisin böylesine ciddi olduğu kişilerde, kişinin kaygı düzeyi, DSM-5’teki sosyal fobi ölçütünü karşılamaktadır. Ancak kısaca söyleyecek olursak, durumun ciddiyetine bakılmaksızın, UMS kişinin yaşamını engeller ve/veya yaşamını sekteye uğratar ve fobinin verdiği utangaçlık, parüretiğin yardım alma isteğini etkiler. Çoğu kişi, işyerinde ilaç testi sırasında, iş ya da keyif amaçlı seyahat etme gereksinimi duy-

duğunda veya kişinin iş ya da ev ortamında kendisine rahatsızlık veren “toplu ortamda idrar yapma” senaryoları gibi değişiklikleri deneyimlemesi durumunda mesane krizi yaşamlarında başgösterdiği zaman tedavi arayışına girer.

UMS olup olmadığı nasıl belirlenir?

Kendi kendinize yapabileceğiniz bir test

Genel tuvaletlerde idrar yapma zorluğu çoğu kişi için bir sorundur ya da değildir. Utangaç mesane sendromu olmayan kişilerde bile biraz tereddüt olması nadir değildir. Pek çok kişi, hem genel tuvaletlerde hem de evde, acele etmeden idrar yapmaya çalışırken, özellikle diğer insanlar yakınlarındayken veya diğer kişiler beklerken, hızlıca idrar yapmaya çalışırken ara sıra tereddüt yaşar. Çoğu kişi için bu güçlük nadirdir ve genel tuvaletlerde sürekli bir donakalma veya kaçınma davranışına yol açmaz. Diğer taraftan parürezis bulunan kişiler, ilk başarısızlıklardan sonra tipik olarak, genel tuvaletlerde giderek artan bir rahatsız edici idrar yapma süreci yaşarlar.

Sosyal fobisi olan bir kişi inceleme veya eleştirilme korkusuna sahiptir ancak yukarıda belirtildiği gibi, bunun gerçek bir sosyal fobi olması için, bu kaygı veya korkunun kişinin günlük yaşamında önemli engellemelere yol açması gerekir. Parürezis, genel tuvaletlerde idrar yapamama korkusu olarak tanımlanır. Parürezis ölçütlerini karşılayıp karşılamadığınıza karar verirken, genel tuvaletlerde idrar yapma zorluğunun işleyişinizi ne derece bozduğunu dikkate almalısınız. İdrar yaparken önemli bir kaygıya veya sürekli zorluğa yol açmayan ara sıra duyulan tereddüt, bir parürezis olarak değerlendirilmezken; genel tuvaletlerde kaygıya, sosyal ortamlardan kaçınmaya ve normal işlevlerin aksamasına neden olan süregelen bir tereddüt durumu, parürezis tanısı alacaktır.

Çeşitli parürezis alt tipleri vardır. Evden uzakta her koşulda idrar yapma sorunu olan kişiler, en ciddi grubu oluşturmaktadır. Ciddi düzeyde parürezisten yakınan kişiler işe yakın yaşamak, evde çalışmak ve gezileri bir seferde birkaç saatle sınırlandırmak için düzenlemeler yapabilir. Bu düzeyde tereddüt yaşayan kişiler, genellikle sıvı alımından kaçınır ve psikolojik olarak zarar görürler.

Erkek tuvaletlerinde geleneksel olarak duvarlarla çevrili klozetler ve kilitli bir kapı ve pisuvarların olduğu bölümler vardır. Pisuvar düzeneği genellikle duvardan, değişen derecelerde çıkıntı yapan bir dizi pisuvardan oluşur. Parürezisli erkek için önemli bir konu, pisuvarlar arasında bölme olup olmadığı ve varsa ne düzeyde görsel mahremiyet sağladığıdır.

Neyse ki parürezisli çoğu kişi, genel tuvaletlerde kalabalığın derecesine ve tuvaletin biçimine bağlı olarak, bazı koşullar altında genel tuvaletlerde idrarını yapabilir. Gürültü düzeyi, tuvaletin boyutları ve idrar yapma baskısı, parürezisli bireyin genel bir tuvalette idrar yapabilmesini etkileyen bazı değişkenlerdir. Örneğin, bazı kişiler bölmeli bir tuvalette kimse olmadıkça ve dışarıdan kimse yaklaşmadıkça idrarını yapabilir. Diğer bir alt gruptaki kişiler, başkalarının varlığında da idrarını yapabilir. Yine de diğerleri bir bölme kullanarak idrar yapabilir, ancak aynı şeyi bir pisuvarda yapamazlar. Başka bir alt gruptaki kişiler, bölmeler varsa ve hemen yanında kimse durmuyorsa, pisuvara idrar yapabilir.

Aşağıdaki kendini değerlendirme testi (Çekingen Mesane Kontrol Listesi), sizin Utangaç Mesane Sendromu için ölçütleri karşılayıp karşılamadığınızı değerlendirmek için tasarlanmıştır:

1. Başkaları varken, genel tuvaletleri kullanmaktan belirgin ve kalıcı bir korkunuz var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

2. Başkaları varken, genel tuvaletlerde idrar yapmaya başlama konusunda sorun yaşar mısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

3. İdrar yapmaya çalışırken, başkalarının ne düşündüğüne ilişkin kaygılanır mısınız?

☐ Evet

☐ Hayır

4. Evden uzakta yapamadığınız idrarınızı, evde yapabiliyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

5. İdrar yapma sorunları nedeniyle, küçük düşürülmekten veya utanmaktan endişe ediyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

6. Genel tuvaletlerde idrar yapma girişimi, daima veya hemen daima kaygınızı tetikler mi?

☐ Evet

☐ Hayır

7. Genel tuvaletleri kullanma korkunuz, size aşırı veya mantıksız görünüyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

8. Genel tuvaletlerde idrar yapmaktan kaçınır mısınız ve/veya genel tuvalet durumuna yoğun bir endişe veya sıkıntı ile mi katlanıyorsunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

9. Genel tuvaletlerden kaçınır mısınız veya genel tuvaletleri kullanmaya ilişkin kaygı ya da sıkıntı, işiniz, sosyal aktiviteleriniz veya ilişkilerinizi anlamlı bir şekilde engeller mi?

☐ Evet

☐ Hayır

10. Doktorunuz, genel tuvaletlerde idrar yapma güçlüğünüz için fiziksel bir nedeni dışladı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Parürezis tanı ölçeğinde yukarıdaki soruların çoğunu “evet” olarak yanıtladıysanız, utangaç mesane sendromu için ölçütleri karşılıyorsunuz. “Evet” yanıtınız ne kadar fazla ise, durumunuz olasılıkla o kadar şiddetlidir. Yukarıdaki sorulardan birkaçına “evet” yanıtı verdiyseniz, utangaç mesane sendromunuz olabilir veya olmayabilir. Deneyimli bir klinik uzman ile birlikte kontrol ettirmelisiniz.

Son on yılda, bu sosyal fobiyi ölçmek için ölçeklerin geliştirilmesinde ilerleme kaydedilmiştir. Olasılıkla en iyisi, bu yazının literatür taraması bölümünde daha ayrıntılı olarak açıklanan Deacon ve arkadaşlarınıninkidir (2012).

Her Şey Ne Zaman ve Nerede Başlar

Parürezisli her kişi, bir ilk tetikleyicinin bilgisini ve/veya farkındalığını bildirmese de, utangaç mesane sendromu bulunan birçok kişi, bu sorunu harekete geçiren travmatik bir olaya veya duruma işaret edebilir. Bazı kişiler, 4 veya 5 yaş gibi küçük yaşlarda idrar yapma sorunu bulunduğunu bildirmekle birlikte, parürezisli birçok kişi için tetikleyici olay, erken ergenlik döneminde genellikle bir tuvalet ortamında oluşur. Tetikleyici olay, toplulukta idrar yapabilmenin zorluğuna kilitlenir. Bu tür bir olay ergenlikte çoğu kişide olduğu ve herkeste UMS gelişmediği için, parürezise biyolojik bir eğilim ve/veya psikolojik bir duyarlılık var olabilir. Parürezis gelişen kişilerin, tek bir öğrenilmiş olayı deneyimlemeye yatkın olmaları da olasıdır. Böylece kötü bir deneyim, yaşam boyu sürecek bir UMS modeline yol açacaktır.

Yazarlarımızdan Steven Soifer, parürezis öyküsünü paylaşıyor:

“Onbir veya oniki yaşında bir çocukken, sınıfta şanssız bir duruma bağlı olarak ilkökul öğretmeni tarafından bir “kız” olarak etiketlendim. O günden sonra sınıftaki çoğu erkek, acımasızca benimle dalga geçti. Sonra bir gün, erkekler tuvaletindeki pisuvar-

lardan birini kullanmaya çalışıyordum ve diğer birkaç erkek 'takımlarımı' görmek için beni taciz etmeye başladı. Mahremiyet arayan bir banyo kabinine girdim. Diğer çocuklar acımasızca bir şekilde kapıyı kırıp üzerinden tırmanmaya çalıştılar ve alaycı davranışlarını sürdürdüler. O günden sonra, utangaç mesane sendromundan yakınmaya başladım."

Yıllarca parürezis üzerine yazılmış tıbbi literatürde, neden olarak bir takım farklı hipotezler öne sürülmüştür. Bunlar cinsel taciz, saldırganlığı ifade etmekte yetersizlik, içselleştirilmiş cezalandırma arzusu, idrar yapmanın cinsellikle bilinçdışı ilişkisi, korku ve utanç, kişilerarası mesafenin taciz edilmesinin neden olduğu kaygı, beyindeki biyokimyasal dengesizlikler, saplantı-zorlantı bozukluğu, kültürel değişkenler (örneğin, tutucu bir evde yetiştirilmek), dolaylı yoldan öğrenme (ya doğrudan gözlem yoluyla ya da parürezis geliştirilenlere anlatılan öyküler yoluyla), kişinin bedensel işlevlerine ilişkin yakınları tarafından verilen talimatları kapsamaktadır (Ek-A'ya bakınız).

UMS bulunan daha fazla insan öne çıktıkça, farklı bir nedensel tablo ortaya çıkmaya başladı. Yukarıda listelenen değişkenler tarafından tetiklenen UMS örnekleri olsa da, parürezis bulunan kişiler giderek artan bir şekilde, profillerle tutarsız bir geçmiş bildirmektedir. Genel olarak, parürezisin bir numaralı nedeni, genellikle halka açık bir durumda, özellikle halka açık bir ortamda veya okul tuvaletinde bir tür zorbalık gibi görünmektedir. Bu, geleneksel konuşma terapilerinin, parürezisten etkilenen kişilerin tedavisinde niçin başarısız olduğunu açıklayabilmektedir. Davranışçı yeniden koşullama üzerine odaklanan tedavi yöntemleri, daha başarılı olduğu izlenimi vermektedir.

Parürezis olan kişilere ilişkin olgu çalışmaları paha biçilmezdir ancak parürezis yaşayan çoğu insanın durum hakkında konuşmaktaki isteksizliği, neredeyse bir bilgi boşluğuna katkıda bulunmuş-

tur. UMS'dan yakınan daha fazla kişi ortaya çıkarsa ve daha iyi bilgilendirilmiş bir tıp topluluğu tarafından ele alınırsa, elde edilen bilgiler daha etkili tedavilerin araştırılmasına önemli ölçüde yardımcı olacaktır. Daha fazla bilgi, aynı zamanda araştırmacıların tetikleyici olayları ve ortamları belirlemelerine yardımcı olacak ve parürezis döngüsünü başlatıyor gibi görünen bu durumların yaratılmasından toplumun nasıl kaçınılacağı konusunda eğitmelerini sağlayacaktır.

Tetikleyici Olaylar

Parürezis bulunan kişiler, tetikleyici olarak düşündükleri ortamları en yaygın bir şekilde beş kategoriye veya parametreye ayırırlar. İlk olarak, arkadaşlar veya akrabalara kıyasla, genellikle daha büyük bir engellenmeye yol açan yabancılarla birlikte genel tuvalette bulunan diğer kişiler, utangaç mesane sendromunu tetikleyebilir. İkincisi, yakınlık (veya bireysel yakınlık) sorunun tetiklenmesinde bir rol oynayabilir. Yakınlık; hem fiziksel (tuvalette veya yakınında başkalarının göreceli yakınlığını) ve ayrıca psikolojik (idrar yapmak için mahremiyet ihtiyacını içeren) anlamındadır. Örneğin, parürezis bulunan çoğu kişi, bölmeli bir tuvalette kapı yoksa idrarını yapamayabilir. Üçüncü olarak, kişisel alan görsel olarak işgal ediliyorsa; yani biri onları görebiliyorsa veya idrar yaparken (veya idrar yapmıyorsa) duyabiliyorsa utanma hissi yaşanır. Dördüncü olarak, parürezis bulunan birçok kişi, birisinin onları beklediğini –tuvaleti kullanmak üzere bekleyen birkaç kişinin bulunduğu bir durumda olduğu gibi– bilirse idrarını yapamayabilir. Son olarak, özellikle kaygı, öfke ve korku gibi geçici psikolojik durumlar idrar yapmayı engelleyebilir. Sesler ve kokular hakkında son derece duyarlı olan sosyal fobik kişiler, idrar yaparken genellikle eleştirilmekten korkarlar ve bu da çoğu zaman işemeye başlayamamalarına yol açar. Aşırı duygusal

durumlar –kişi aşırı heyecanlı, öfkeli veya acele etmesi için baskı altında olduğunda– uygun koşullar altında idrar yapma girişimlerinin niçin başarısız olabileceğini de açıklayabilir.

Topluluk önünde konuşmaktan, yazmaktan veya toplum içinde kızmaktan korkan diğer bireyler gibi, parürezis bulunan kişiler, kişiliklerinin diğer tüm yönlerinde utangaç olsalar da olmasalar da, idrar yapma konusunda alışılmadık derecede utangaç ve çekingenlerdir. Utangaç mesane sendromu bulunan kişi, toplulukta performans sergilerken, başkaları tarafından eleştirilmekten veya incelenmekten korkar. Bu nedenle, genel tuvalet bir “sahnedir” ve performans, istek üzerine idrar yapma eylemidir. Bir kişinin belirttiği gibi: “Kulağa çılğınca geldiğini biliyorum ama ben tuvaletteyken biri içeri girdiğinde, o kişinin kendi fiziksel gereksinimleriyle ilgilenmek için tuvalete gelmiş olsalar bile, o kişinin odak noktasının benim ve ne yaptığım üzerinde olduğunu hissediyorum. Ne yaptığımı, ne kadar sürdüğünü, ne kadar işediğimi ve yaptığımın “normal” olup olmadığını düşünüyorlar gibi geliyor. Bu beni çok bilinçli yapıyor ve donup kaldığımı hissedebiliyorum. O zaman işeyemiyorum, çünkü onların iyi olduğunu düşündükleri şeyleri karşılayıp karşılamayacağım konusunda endişeleniyorum, gerçek şu ki, herhalde orada olduğumu hiç farketmediler bile.”

Özgül ve Genel Sosyal Fobi Olarak UMS

UMS, özgül bir sosyal fobi tipidir. Parürezisli bazı kişiler sadece, çevrelerinde diğer kişilerin bulunduğu bir tuvaleti kullanmak gereksinimi duydukları durumlarda korkarken; diğerleri ise tümü olmasa bile birçok sosyal durumdan –ki UMS bunlardan biridir– korkarlar. Klinik popülasyona göre, sosyal fobi genel olarak kadınlar arasında daha yayginken; UMS erkekler arasında daha yaygın (erkek / kadın oranı 9/1) gibi gözükmektedir. Ayrıca, kardeşler gibi doğru-

dan biyolojik akrabalar arasında genelde sosyal fobi ve özelde parürezis sıklığı daha yüksek görünmektedir. (Sosyal fobi, beyin ve idrar yapma arasındaki ilişki Bölüm 2’de tartışılmıştır.)

DSM-5’e göre sosyal fobik bireyler de algılanmış veya gerçek eleştiriye, başkaları tarafından olumsuz yargılanmaya veya kabul görmemeye çok duyarlı olabilirler, girişken olmama, özgüven azlığı ve değersizlik duyguları ve/veya başkaları tarafından değerlendirilmekten endişe duyabilirler (APA 2013).

Parürezis bulunan kişiler, bu tür deneyimler ve duygularla kolayca özdeşleşebilirler, ancak UMS ile ilişkili performans kaygısı, özellikle, insanlar varken veya içeri girebilecekken genel tuvaletlerde idrar akışını başlatma ve sürdürmeye odaklanır. Bu fobiye özgü korkular, idrar yaparken gören veya duyan başkalarının onları eleştirmesi veya olumsuz yargılamasıdır. Zayıf, “deli” veya aptal görünmekten kaygılanırlar. Tuvaleti kullanırken, hoş olmayan kokular ve sesler çıkarmaktan korkarlar. Utanmaktan korkarlar. Reddedilmekten nefret ederler.

Uzmanlar, genel olarak, UMS de dahil olmak üzere sosyal fobilerin, fiziksel işlev bozukluğundan kaynaklanmadığı, bunun yerine “başkalarının ne düşünebileceği” konusundaki mantıklı olmayan endişeden kaynaklanan ve daha sonra fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilecek psikolojik bozukluklar olduğu konusunda aynı düşüncededir.

Parürezisli Kişiler Nasıl Başederler Soyutlanma ve Kaçınma

İdrar yapmak, herkesin günlük yaşamda deneyimlediği normal bir beden işlevidir. Sıvı atık maddelerin vücuttan atılması gereksinimini ortadan kaldırmanın hiçbir yolu yoktur. İdrar yapmak o kadar doğal bir işlevdir ki, çoğu insan istediklerinde işeme yeteneğini doğal

kabul eder. Tersine, böylesine temel bir insani işlevi istemesine karşın yerine getirememesi, muazzam, hatta ezici bir utanç ve mahcubiyet duygusuyla sonuçlanır. Utanç, soyutlanma ve idrar yapma çerçevesindeki kaçınmanın tümü utangaç mesane sendromunun oluşturduğu ürünlerdir. Bu olumsuz duygular, parürezis bulunan kişileri sorun hakkında konuşmaktan ve yardım istemekten alıkoyar, soyutlanmaya yol açar ve durumu daha da kötüleştiren bir gizlilik ve kaçınma sarmalını harekete geçirir.

Beklenebileceği gibi, parürezisi olan kişiler, sorunla başa çıkmak için kaçınma davranışları ve başa çıkma düzenekleri geliştirmede çok ustalaşırlar. Oldukça uzun süre idrarı tutmak, kendini sıvı (idrar yapma gereksinimini azaltmak için) ve alkol (idrar söktürücü etkisi nedeniyle) kullanmaktan yoksun kalma, yalnızca eve yakın olan restoranlar ve sinema salonları gibi halka açık yerlere gitmek, seyahatten kaçınmak (araba ile seyahat ve uçak yolculuğu dahil), stadyumlardan kaçınmak (tuvaletlerin genellikle bir kâbus olduğu yerler) ve etkinlikleri, “güvenli” tuvaletin (bir benzin istasyonunun bir odalık tuvaleti gibi) en yakın olduğu yere göre planlamak tipik davranışlardır.

Sosyal durumlardan kaçınma, arkadaşlar ve meslektaşlardan kaçmak ve kişinin yaşamının tuvaletlerin çevresinde dönmesi, parürezisli insanların hayatlarında günlük yaşamın utanç dolu gerçekliğine kapsamlı ve tüketici bir yanıttır. Yıllar içinde gelişen karmaşık kaçınma davranışları, yalnızca başa çıkma başarısı sağlıyor gibi görünmektedir. Bu duruma uyum sağlamak için yaşamınızı değiştirmek, en iyi olasılıkla sadece bir uyumdur. Başka hiç kimsenin bu sorunu olmadığına ilişkin temelsiz inanç, parürezisli kişileri, gizlilik ve kaçınma dansına gerçek bir seçeneğin olmadığı duygusal bir hapishanede tutmak için daha fazla komplo kurar.

Bu öyküye tanık olun:

“39 yaşındayım, üç çocuğum ve bir eşim var. Hayatımda hiç tatile çıkmadım, hiçbir yere pek gitmedim. Eşim ve ben 18 yıllık evliliğimizde belki üç kez birlikte çıktık. Görünüşe göre onu yakında kaybedebilirim; artık bana dayanamıyor. Sürekli onu yemeğe ya da sinemaya götürmemi istiyor. O kadar kötü ki çok sinirleniyorum ve demek istemediğim şeyler söylüyorum ama ona nedenini söyleyemedim.”

Ve başka bir öykü:

“Kalabalık bir tuvalette zorluk çektiğim sınıflarda -diyelim ki, ikinci sınıfta ya da öylesine- belirli örnekleri hatırlıyorum. Bu herkesin bildiği bir şeydi ve bu konuda alay konusu oldum. Hızlıca bir şeyler içmek için bara gitmeyi unutun. Seyahat etmek kötüdür. Bazen sadece acı çekiyorum. Araba kullanmak en kötüsü çünkü A’dan B’ye gitmek daha uzun sürüyor ve yol kenarındaki molalar genellikle başarısız oluyor. Partilerden nefret etmemin ve beyzbol maçları gibi spor karşılaşmalarından her ne kadar hoşlansam da asla gitmememin nedenlerinden biri de bu. Eşim bunu biliyor ama ancak yıllarca sakladıktan sonra.”

İronik olarak, parürezisli kişi sorunu ne kadar gizlerse, durum o kadar kalıcı olur. Kendi kendine dayatılan gizlilik, fobinin kaçınma dinamiklerini besler. Tersine, parürezisi bulunan kişiler “utanç verici küçük sırlarını” (bir kişi, böyle adlandırdığı için) aile veya sevdikleri bir kişiyle konuşmaya başladıklarında, belirtilerin hafiflediği bilinmektedir. Yakın bir kişiyle konuşmak sır/soyutlanma/ kaçınma karadelik sarmalını kırma sürecini başlatır. (Parürezisin aile ve sevilen kişiler üzerindeki etkisi, Bölüm 7’de daha ayrıntılı tartışılmıştır.)

Daha önce belirtildiği gibi, UMS’nun şiddeti, hafif ile ağır arasında değişir ve bir spektrum bozukluğu olarak kabul edilmelidir. Hafif olgularda, parürezisli kişiler bazı koşullarda –bir genel tuvalette tek başına olmak gibi– genel tuvaletleri kullanabilir. Ciddi ol-

gulara, bu sosyal kaygı bozukluğundan yakınan kişiler sadece evde tek başına olduğunda idrar yapabilir. UMS’undaki idrar tutukluluğunun derecesi, idrar akışının başlamasındaki anlık bir gecikmeden, bir idrar akışını başlatamama durumuna kadar değişir. Şu anda UMS olgularının yüzde kaçının hangi kategoriye girdiğini ayırt edecek bir araştırma mevcut değil. Ancak, olgulara ilişkin kanıtlar; Birleşik Devletler ve Kanada’daki parürezisli kişilerin yaklaşık olarak yüzde 10’u veya yaklaşık 2.5 milyon insanın, yaşamlarını günlük olarak olumsuz etkilenecek ve onun tarafından kontrol edilecek derecede şiddetli parürezisten yakındığını düşündürmektedir.

Parürezisten yakınan çoğu kişi, ister genel tuvaletlerde ister evde olsun, idrar yapmak için kişisel bir “konfor eşiği” gereksinimi tanımlar. Bu konfor eşiği olumsuz bir durum (gürültü, koku, mahremiyetin olmaması, tuvalette diğer insanların konuşması gibi) tarafından gölgelendiğinde; UMS tetiklenir ve onların idrar yapmasını engeller. Bu konfor eşiği, bu durumun şiddetine göre değişir. Örneğin, hafif düzeyde UMS’dan yakınan bir kişi, tuvaletin diğer ucunda bir başkası sessizce dururken, kapalı bir tuvalette başarılı bir şekilde idrar yapabilirken, şiddetli UMS olan bir başkası, görüş veya işitme alanında başka kimse olmadığı halde hiç idrar yapamayabilir. (Bu konfor eşiğinin dinamikleri, Bölüm 3’te daha ayrıntılı olarak tartışılmıştır.)

Bilgilendirilmiş Bir Tıp ve Ruh Sağlığı Topluluğunun Eksikliği

Tıp ve ruh sağlığı topluluklarında, UMS hakkında inanılmaz bir bilgi ve duyarlılık eksikliği vardır. Bu da sorunu, daha da derinleştirmektedir. Cesaretini toplayıp yardım için bir hekime veya terapisteye başvuran parürezisli danışanlara verilen yanıt çoğu zaman: 1– sorunun tamamen kafalarında olduğu ve bu nedenle işemenin “isteye-

rek” kontrol edilebileceği, 2– herkesin arada bir sorun yaşadığı, bu nedenle “üstesinden gelin”; veya 3– bunun için endişelenmeyi bırakın –yeterince kötü işemeniz gerekiyorsa, işeyeceksiniz– şeklinde olur.

Bir kişi şöyle söylüyor:

“Yaklaşık 35 yıldır bu sorunu yaşıyorum ve birkaç profesyonel tarafından tedavi edildim, ne yazık ki çok az başarı elde ettim.”

Başka bir kişi yazıyor:

“26 yaşında bir erkeğim ve 16 yaşından beri bu sorunum var. Önce birkaç ürologla görüştüm, bunlardan biri, bu tabloyu daha önce hiç duymamıştı; ikincisi “sinirli mesane” ifadesini kullandı ve fiziksel olarak iyi olduğumu söyledi ve bir psikiyatriste görünmemi önerdi. Yaklaşık bir yılda birkaç psikiyatristle görüştüm ve artık depresyona giriyorum çünkü hiçbir şeyin yararı olmadı. Sanırım bazen hayatımın büyük bir kısmı boşa gittiği için kırıntı olduğumu söyleyebilirim.”

UMS olgularının danıştığı doktorlar ve terapistler, genellikle ne yapacaklarını bilemezler:

“Cesaretimi topladıktan sonra bu konuda iki tıp doktoru ve birkaç danışmanla konuştum. Doktorlar sözkonusu olduğunda, her iki seferde de utanç verici bir prostat muayenesinden geçtim, sağlıklı olduğum söylendi ve gönderildim. Danışmanlara gelince, ya benim için ne kadar ciddi bir sorun olduğunu anlamayarak ya da sorunu hiç anlamayarak konunun etrafından dolanıyor gibiydiler.”

Tıbbi hizmet sağlayıcılardan doğrulama eksikliği, parürezisi olanların umutsuzluğunu daha da derinleştirir ve sorun hakkında başkalarıyla konuşmama kararlarını körükler. Tıp camiasından gelen bu tür anlayışsız tepkiler kötü niyetten değil cehaletten doğarken, aynı zamanda parürezisli kişilerin utançlarının bir sonucu olarak başvurdukları gizlilik pelerini ile de beslenirler. Bu, kötü bir kı-

sırdöngüdür. Hem tıp topluluğu hem de genel halk arasında artan farkındalık ve söylem, bu sosyal fobiden her gün yakınan çok sayıda insan için anlayış, içgörü ve sonuçta başarılı tedavi yöntemlerinin kullanımı için çok önemlidir.

Diğer Korkular ve İdrar Yapma

UMS'na sahip olup olmadığınızı değerlendirmeye yardımcı olmak için, insanların genel tuvaletlerden korkmasının UMS dışında başka nedenleri olduğunu belirtmek önemlidir. UMS dışında genel tuvaletlerden korku ile karakterize en sık karşılaşılan sendromlar aşağıda sunulmuştur:

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)

OKB, genellikle iki sorunun varolduğu bir durumdur. Obsesyon (saplantı) olarak bilinen yineleyici düşünceler veya kaygılar ve kompulsiyonlar olarak bilinen yineleyici davranışlar. Saplantıların kontrol edilmesi çoğunlukla güçtür ve şiddetli kaygıya neden olur; kompulsiyonlar ise genellikle obsesif düşünceyi ve buna eşlik eden kaygıyı azaltmak için kullanılır. Kompulsiyonlar genellikle katı kurallara göre yapılır ve çoğu kez rahatlatma oluşturmak için tekrar tekrar yinelenmelidir.

En sık görülen obsesif durumlar kir, mikrop ve bulaşma korkuları ile ilişkili olanlardır. Bulaşma obsesyonları bulunan kişiler, genel tuvaletler gibi “kirlenmiş” yerlerden genellikle kaçınmak suretiyle bu düşüncelere tepki verirler. OKB'den yakınanlar için genel tuvaletlerden kaçınmanın ana nedeni, başkalarının önünde idrar yapmaktan duyulan korku olmayıp; genel tuvaletlerdeki kapı kolları, sifon kolları, tuvalet oturakları ve lavabo yüzeyleri gibi genel tuvaletlerdeki yüzeylerle temas etmek suretiyle kirlenme veya hasta olma korkularıdır. OKB'si olan bir kişi, idrarın pisuvara veya tuvalete

çarpması, başkalarının idrar/dışkılarına karışması ve daha sonra kendisine geri sıçraması korkusu nedeniyle toplum içinde idrarını yapmakta zorluk çekebilir. OKB'si olan pek çok kişi, parürezis nedeniyle işlevselliği ciddi şekilde bozulmuş insanlar gibi genel tuvaletlerde çok az zaman harcarlar.

Agorafobi ve Panik Ataklar

Agorafobi, bir panik atağı durumunda kaçmanın zor olduğu veya yardımın bulunmadığı durumlardan korku ve kaçınmayı kapsayan bir durumdur. Panik atakları, aniden, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan kaygı ataklarıdır ve çeşitli fiziksel ve duygusal belirtileri kapsamaktadır. Panik atağa ilişkin tipik belirtiler nefes darlığı, çarpıntı, terleme, titreme, dengesizlik, gerçekdışılık duyguları, benliğine yabancılaşma, ölüm veya kontrol yitimi korkularıdır. Agorafobikler çoğu kez evden uzağa seyahat etmekten, marketlere veya büyük mağazalara girmekten, tiyatroları ziyaret etmek veya spor etkinliklerine katılmaktan ve araba kullanmaktan korkarlar. Agorafobikler bu durumlara girdiklerinde, çoğu kez hemen orayı terketme gereksinimi duyarlar.

Agorafobi ve panik ataklardan yakınan kişiler, bir panik atağı durumunda güvenli bir yere kaçamayabileceği veya yardım almak için tuvaleti hızla terkedemeyebileceğine ilişkin kaygılar nedeniyle genel tuvaletlere girmekten korkabilirler. Onların korkuları, UMS bulunan kişilerdeki gibi, başkalarının önünde idrar yapma korkusunu kapsamaz. İdrar yapmak veya dışkılamayı tamamlamak biraz zaman alır, bu da hızlı bir çıkış ihtiyacı bekleyen biri için endişeye neden olabilir. Genel tuvaletlerle ilgili zorluklar agorafobikler için daha da artar çünkü tuvaletler genellikle bir mağazanın veya kamu binasının içinde uzakta bulunur; kaçmak daha da sorunlu görünür.

Klostrofobi

Kapalı yer korkusu olan kişilerde klostrofobi vardır. Birçok genel tuvalet küçük olduğundan ve pencereleri bulunmadığından, klostrofobik kişiler genel tuvaletten korkabilir.

Klostrofobik kişiler, kapalı olma algısı nedeniyle tuvalet kabinlerini kullanmaktan korkabilirler. Kalabalık tuvaletler, uzun kuyruklar ve çıkışları engelleyen insanlar nedeniyle klostrofobikler için de endişe kaynağı olabilir.

Suç Korkusu

Bazı kişiler, suça ilişkin kaygılar nedeniyle genel tuvaletleri kullanmaktan korkarlar. Geçmişte, genel bir tuvalette istenmeyen cinsel yaklaşımlar, fiziksel saldırı, soygun veya uyuşturucu kullanımına tanıklık, uyuşturucu kaçakçılığı veya diğer suç eylemleri yaşamış olabilirler. Genel tuvaletlerde suç korkusu olan kişiler, çoğu kez idrar yaparken veya dışkılarırken kendilerini savunmasız hissederler. Bu kaygılar, parürezisli kişilere benzer bir şekilde genel tuvaletten kaçınma davranışıyla sonuçlanabilir.

Özet

Sizin için ev dışındaki herhangi bir yerde idrar yapabilmek güç veya olanaksız ise ve fiziksel nedenler dışlanmışsa; yaşamınız “güvenli” tuvaletlerin konumuna veya yakınlığına göre günlük kararlar vermekle ilgiliyse ve istendiğinde idrar yapamadığınız için kendinizi utanmış ve yalnız hissediyorsanız, olasılıkla utangaç mesane sendromunuz var demektir.

İyi haber şu ki, sorun tanımlandıktan sonra başarılı tedaviyi arama süreci doğal olarak onu izliyor.

Beyin, Mesane ve İdrar Yapma: Uyum İçinde Çalışmak Fakat Her Zaman Değil

Bölüm 1’de ele alındığı gibi, utangaç mesane sendromu (UMS) çoğu kez psikolojik bir olay nedeniyle üriner sistemi etkileyen fizyolojik bir durumdur. Bu fobinin dinamiklerini anlamak için, bu durumun psikolojik nedenleri ve fizyolojik belirtileri öncelikle dikkate alınmalıdır. Parürezisin altında yatan ayrıntılı nörolojik düzelenle ilgilenen okurlar lütfen Ek-C’ye baksınlar.

Beyin ve İşeme

Psikologlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve diğer ruh sağlığı profesyonelleri, geleneksel olarak psikolojik bir olaydan kaynaklanan fiziksel belirtileri psikojenik, psikosomatik veya histerek konversiyon olarak adlandırmışlardır. Bu, fiziksel sorunların gerçek olduğu fakat nedeninin fiziksel olmaktan çok psikolojik olduğu anlamına gelmektedir. Psikojenik belirtilerin sık rastlanan bazı örnekleri, iş veya ev dolusu beklenmedik konuk gibi stresli durumlardan doğan baş ağrıları veya mide sorunlarıdır. Körlük veya ekstremiteler felci, savaşı veya tecavüz gibi sıradışı travmadan sonra insanlarda bazen gözlenen, aynı sürecin daha şiddetli örnekleridir. Durum ne olursa olsun, beden ve zihnin çok yakın ilişkide olduğunu hatırlamak önemlidir.

Son zamanlarda kamuoyunun stresin etkilerine, egzersiz gereksinimine ve gevşeme tekniklerinin yararlarına odaklanması, zihin-beden bağlantısına karşı gelişen bir farkındalığın ve daha sağlıklı bir tutumun altını çizmektedir. Ancak birçok insanın anlamadığı şey, insan bedeninin ve zihninin ne kadar ince bir şekilde uyum sağladığı ve zihnin, bedeni beklenmedik şekillerde nasıl etkileyebileceğidir. Telkinin gücü, Pavlovcu tepkiler ve plasebo etkilerinin tümü, bu güçlü bağın örnekleridir.

Parürezisli Kişiler Niçin Kendilerini İdrar Yapmaya Zorlayamazlar?

UMS, en azından kısmen psikolojik olarak ortaya çıkan “istediğinde” idrar yapamama şeklindeki fiziksel belirti ile netelendirilir. Mesane, zihnin ona yapmasını söylediği şeylere yanıt vermez. Bu nedenle utangaç mesane sendromu, sadece fiziksel hastalıklara (tıkanma veya mesane yaralanması, üretra darlıkları, kanser veya benign prostat büyümesi) bağlı mesane bozukluklarının tersine kısmen zihinseldir. Bu nedenle, parürezisli kişiler istediklerinde bilinçli olarak vücuda idrar yapması için zihinsel yönergeler dikte edemezler. Tam tersine, parürezisli bir kişinin anlattığı gibi, idrar yapma eylemi zihnin bilinçaltında etkilediği karmaşık bir fizyolojik süreçtir:

“Bu şeyin tamamen kafamda olduğunu biliyorum ama mesaneme, yapmasını söylediklerimi yapmadığı için kızıyorum. Kafamda bir şey olduğunu nereden biliyorum? Çünkü evdeyken idrar yapmamda herhangi bir sorun yok. Olabildiğince rahatım. Fakat dışarıdayken, bir mağazada, sinemada veya tiyatrodaki hikaye tamamen farklı. Zihnim ‘aşırı uyarılmış’ durumda ya da başka bir yerdeymiş gibi görünüyor. Ne kadar uğraşırsam uğraşayım, işemeye başlayacak kadar sakin olamıyorum.”

Beyinin, halka açık yerlerde idrara çıkmamızı neden engellediğini merak edebilirsiniz. Bunun nedenleri, bireylere ve durumlara göre değişir fakat UMS, kısmen duyum, algı ve yorumlama gibi psikolojik süreçlerin bir sonucudur.

Duyum, Algı ve Yorumlama

Dış dünyadaki olayların, nasıl ve ne şekilde algılandığının büyük bir kısmı, iç dünyaya (kişilik, mizaç, tercihler, önyargılar ve etkiler ve benzeri) bağlıdır. Bu nedenle, insanların aynı etkinliğe veya olaya tepkileri çok büyük farklılıklar gösterebilir. Örneğin, bir kişi, başkalarının önünde çıplak görünme konusunda “takıntılı” olmaya bilirken, başka bir kişi son derece alçakgönüllü olabilir ve halka açık soyunma odalarında soyunmak konusunda isteksiz olabilir.

Tüm algılar bilinçli bir düzeyde gerçekleşmez. Aslında, dünyadan algılanan bilgilerin çoğu farkındalık düzeylerinin altında zihine girer. Zihninizde olup biten her şeye karşı uyanık olmadığınız gibi, zihninizde olup biten her şeyi kontrol edemezsiniz. Birçok zihinsel süreç, aslında istemsizdir yani bilinçli kontrol altında değildir.

Dünya zevk alınacak şeyler yanı sıra kaçınılması gereken şeylerle dolu olduğundan, beyin neyi kabul edip neyi reddedeceğini belirlemelidir. Bunu yapmak için, beyin önce bilgiyi alır ve sonra neyin güvenli olup olmadığına karar verir. Psikologlar bize insan beyinin, bunu yapmak için gereksindiği iki zihinsel sürecin, duyum ve algı olduğunu söylüyor.

Duyum

Duyum, dış dünyadaki duyuusal bilgilere yanıt verebilme yetisidir. Duyu organlarımız, duyu reseptörleri içerir. Bu duyu reseptörlerinin görevi, çevre ve beyin arasında bir tercüman gibi davranmaktır. Duyusal reseptörler çevreden bilgiyi alır ve daha sonra bu bilgiyi, beyi-

nin algılaması ve yorumlaması için sinir sistemi sinyallerine dönüşür. İnsan bedeni, beş duyuyu kullanarak bunu gerçekleştirir: görme, işitme, koku, tat ve dokunma.

Algı

Algı, insan beyininin duyu organları tarafından toplanan duyuşsal bilgileri “anlamlandırdığı” zihinsel süreçtir. Sanki duyu organları, tüm bilgileri beyine getirir ve “al işte, çevreden aldığım görüntüler ve sesler bunlar. Hepsi, senin” der gibidir. Algı daha sonra bilgiyi düzenlemek ve anlamlandırmak için devreye girer. Algı olmasaydı, duyuşsal bilgi anlamsız bir renk, görüntü ve ses girdabından ibaret olacaktı.

Yorumlama

Beyin bilgiyi algıladıktan sonra, karar vermek için bu bilgiyi yorumlar. Örneğin, bir şey “iyi” (çikolatalı dondurma yemek gibi) veya “güvenli” (arabanıza binmek gibi) olduğunda, beynimiz çevre algılarına dayalı olarak yorumlar yapar.

Bu yorumlar üzerindeki en güçlü etkilerden biri, geçmiş deneyimlerdir. Tipik bir duyum-algı yorumlama süreci aşağıdaki örnekte etkili bir biçimde ortaya koyulmuştur:

Bir ebeveyn, küçük çocuğunu, sıcak olduğu için sobaya dokunmaması için uyarır. Çocuk yine de sobaya dokunur. Çocuğun eli sıcak sobaya temas ettiğinde, sıcaklık duyu reseptörleri tarafından algılanır ve bu bilgiyi beyine gönderir (duyum). Beyin bu bilgiyi alır; algılar; acıyı ve tehdidi tanır (algı). Beyin daha sonra sıcak sobaya dokunmanın, bedende ağrı oluşturacak bir tehdit edici deneyim (çocuğu tekrar sıcak sobaya dokunmaktan caydıracak bir deneyim) olduğu sonucuna varır (yorumlama).

Bu süreci, UMS ile ilişkilendirelim. Genel tuvalette travmatik bir idrar yapma olayı, duyu alıcıları tarafından alınır (duyum) ve olayı, acı verici ve tehdit olarak algılayan beyine gönderir (algı). Beyin daha sonra genel tuvalete girmenin ve işemenin ağırlı ve tehdit edici olduğu sonucuna varır (yorumlama). Bu da utangaç mesaneden yakınmakta olan kişiyi tekrar genel tuvalette idrar yapmaktan caydıracaktır. Bilinçli zihin bu sürecin farkında değildir ve işemeyi “isteyerek” onu geçersiz kılamaz. Dolayısıyla bilinçli olarak istenmesine rağmen, bilinçdışında, fiziksel olarak idrar yapamama durumunu tetikleyen şey, bilinçaltındaki bir tehdit algısıdır. Bilinçdışı, utangaç mesane sendromundan yakınan kişiyi algılanan bir genel tuvalet tehdidinden “korumak” amacıyla idrar sistemini kapatır ve bilinçli idrar yapma isteğini geçersiz kılar.

Utangaç Mesane Sendromunun Psikolojik Tetikleyicileri

Bölüm 1’de belirtildiği gibi, beyinin, idrar yapma sürecini engellemesine neden olan yaygın tetikleyicilerden bazıları kaygı, öfke, inceleme ve eleştiriye duyarlılık, başkalarına yakınlık, “kişisel alanın” işgali, yabancı kişilerin varlığı, görsel ve işitsel mahremiyet eksikliği, uygun bölmelerin bulunmayışı, kokular ve seslere duyarlılıktır. Sosyal fobinin bu türüne yatkınsanız, bu durumlar veya koşullar, ister bilinçli ister bilinçdışı olarak, beyininizin genel bir tuvaleti veya genel tuvalette başkalarının varlığını bir tehdit olarak algılamasını tetikler. Tipik utangaç mesane sendromundan yakınan bir kadının açıklamaları:

“İlkokulda, halka açık yerlerde idrar yapamamak veya birinin duyma mesafesinde olduğunu düşündüğümde idrarımı yapamamak büyük bir sorundu. Okul saatleri içinde nadiren işerdim ve bir keresinde bir izci gezisi sırasında boş bir tuvalet bulama-

yınca idrarımı 48 saat tutmuştum. Ailem benden sık sık 'demir mesane' diye bahsederdi. Bazen işe yaramadığı zamanlar oluyor. Özellikle genel bir tuvaletteysem ve sıra varsa... Birinin beklediğini bilmenin baskısı, birçok insanın beni duyabileceği bilgiyle birleştiğinde üstesinden gelmek çok zor."

Tehdit (birkaç olasılığı saymak gerekirse), utanç (örneğin, genel tuvalette görüldüğünde aşağılanma), dikkatli incelenme (örneğin, "sakıncalı" kokular ve/veya sesler çıkarmaya yönelik eleştiriler), fiziksel tehlike (saldırıya uğrama veya hadım edilme korkusu) ve hatta cinsel uyarılma (eşcinsellerle ilgili çatışmalar / aynı cinse karşı cinsel arzu duyma) olabilir. Unutmayın, kişinin tehdide karşı verdiği tepki, çok gerçek bir tepki olarak kendini gösterse de, beyinin tehdidi algılamasının bilinçli olması gerekmez.

Beynin Fizyolojik Yapısı

Zihin ve beden arasındaki etkileşimi anlamak için, beyinin temel fizyolojik yapısını gözden geçirmek şarttır.

İnsan beyini ve omurilik, sinirsel sinyalleri ya da duyularla ilgili sinyalleri beyinden vücudun geri kalanına göndermek ve almak için periferik sinir sistemiyle eşgüdüm halinde çalışan merkezî sinir sistemini oluşturur. Periferik sinir sistemi ise somatik sistem ve özerk sistem olarak ikiye ayrılır.

Somatik Sistem

Somatik sistem, beyin ile vücudun istemli kasları (çizgili kaslar) arasında oluşan sinirsel iletimden sorumludur. Basitçe söylemek gerekirse, somatik sistem, bir eli hareket ettirme, bir bacağı kaldırma veya ayak parmaklarımızı oynatma kararını gerçekleştirmemize izin verir.

Özerk Sistem

Buna karşılık, özerk sistem, beyin ile vücudun istemsiz kasları (düz kaslar), salgı bezleri ve sistemleri arasında oluşan sinirsel iletişimden sorumludur. Örneğin, özerk sistem uyanıklık ve uyku sırasında kalp ritmi ve solunumun sürdürülmesi ve sindirim kanalı boyunca yiyeceklerin geçişinden sorumludur. Eğer özerk sinir sistemi olmasaydı, kalp atışlarınızı, nefes alıp vermenizi ve yiyecekleri sindirmenizi bilinçli olarak yapmanız gerekecekti.

Özerk sinir sistemi de kendi içerisinde, sempatik sistem ve parasempatik sistem olmak üzere ikiye ayrılır.

Sempatik Sistem

Sempatik sistem, fiziksel eylem için vücudu harekete geçirir. Özellikle, gözbebeklerinizin (pupilla) genişlemesine, kalp atım sayısı ve solunum hızının artmasına, sindirim ve idrar miktarının azalmasına neden olur ve mesane duvarının gevşemesine yol açarak idrara çıkmayı önler. Sempatik sistem, ayrıca savaş-ya da-kaç yanıtından da (bir tehditle savaşma veya ondan kaçma yeteneği sağlamak için vücudun çeşitli sistemlerinin seferber edilmesi) sorumludur. Tüm vücut, hemen harekete geçmeye hazır, yüksek bir alarm düzeyindedir.

Parasempatik Sistem

Parasempatik sistem, dinlenme ve enerji tasarrufu için vücudu sakinleştirir. Parasempatik sistem gözbebeklerinin (pupillalar) küçülmesine, kalp atımının ve solunum hızının azalmasına, sindirimin ve idrar hacminin artmasına ve mesane duvarının kasılarak idrara çıkmayı kolaylaştırmasına neden olur.

Utangaç mesane sendromu, özerk sinir sistemini ve özellikle sempatik sistemi ilgilendirir. Beyin, gerçek veya algılanmış bir tehdide tepki verdiğinde; özerk sinir sistemi, sempatik sinir sistemi

etkinliğinde bir artışla yanıt verir. (Unutmayın! Sempatik sistem, bir tehditle başedebilmesi için bedeni fiziksel olarak hazırlar) Parürezisten yakınan kişi, genel bir tuvalete girdiğinde, beyinleri bir tehdit algılar. Sempatik sistem, onları evdeki güvenli tuvalet için genel tuvaleti terketmek üzere, savaşı-ya da-kaç tepkisini harekete geçirir.

Parürezisli Bir Kişi, Genel Tuvalette Ne Hisseder?

Parürezis bulunan kişi, genel bir tuvalette idrar yapmaya kalktığında, sempatik sistemin tetiklenmesi sonucu bazı fiziksel belirtiler deneyimleyebilir. Bunlar; işemeye başlamakta güçlük, kalp hızında ve solunum sayısında artış, adrenal bezlerden adrenalin salgısında artış, yüzde kızarma, terleme ve tükürük salgısında artış gibi belirti ve bulguları kapsar.

Bu tepkiler, özerk sinir sisteminin etkinleşmesinin bir sonucudur ve istemsizdir. Sempatik sistem, parürezis bulunan kişiyi genel tuvaletteki tehditten korumakta ve kontrol altında tutmaktadır ve kişi, güvenli bir ortama –genellikle ev– girinceye kadar onların idrar yapmasına izin vermeyecektir. Bilinçli zihin ve irade, sempatik sistemin kaçış tepkisinin yetkisini basitçe geçersiz kılamaz.

Parürezisli Kişiler Niçin Fiziksel Olarak İdrara Çıkamazlar?

Yazarlarımızdan birinin eski bir danışanı olan “Bob”un tipik yorumu:

“Bu gerçekten harika! Fakat saatlerce işemek için ölebilirim. Bir keresinde yolculukta, insanlardan uzaklaşmadığım için 26 saat gitmiştim. Her neyse, durum uygun olur olmaz hemen işeyebilirim. Ama yalnız kalana kadar hiçbir şey olmayacak. İnsanlar bunun nasıl bir şey olduğunu anlamıyor. Özellikle bana dayanamayacak duruma gelene kadar çok bira içmemi söyleyen insanları seviyorum. Doğru!”

Bob, oldukça fazla bir işeme duygusu yaşadığında bile, mesanesi kasılmayacak ve artan adrenalin nedeniyle mesanesinin sfinkter valfleri gevşemeyecektir. Gerçekten de kötü niyetli bir döngü devreye giriyor. Bob başarısız bir şekilde idrar yapma girişiminde bulunduğça ve idrar yapabilmek için –başarısız bir şekilde– kendini daha fazla zorlamaya çalıştıkça, beyin daha fazla tehdit algılar ve süreç fizyolojik olarak bloke olur. Yine de, Bob izole bir tuvalet bulur bulmaz, onun beyini artık bir tehdit algılamaz ve hemen idrarını yapar.

İdrar Yapma Süreci Nasıl İşler?

Vücudunuzun, sempatik sistemin tetiklenmesine bağlı olarak idrar yapma sürecini nasıl durdurduğunu anlamak için, normalde idrar yapma sürecinin nasıl işlediğini anlamak önemlidir. (Daha ayrıntılı açıklama için, lütfen yine Ek-C'ye bakın.)

Mesane, detrusor, üretra, iç (internal) sfinkter ve dış (eksternal) sfinkter'den oluşmaktadır. Mesane veya detrusor, idrar depolayan ve tamamen kaslardan yapılmış bir organdır. (Not: Mesane, kastan oluşan bir organ olduğu için, mesanenin patlayabileceğine ilişkin şehir efsanesi kesinlikle doğru değildir.) Mesane, idrar biriktikçe genişler ve idrar çıktıkça kasılır. Üretra, idrarın mesaneden itibaren geçtiği ve vücut dışına atıldığı kastan yapılmış bir kanaldır. İki sfinkter (büzgeç) idrar yapmayı kontrol eder ve idrarın mesaneyi terk edebilmesi için her iki sfinkterin de gevşemesi gerekir. İç sfinkter (büzgeç), mesanenin boynunda yerleşmiş olup, istem dışı kontrol altındadır. Dış sfinkter, büyük ölçüde istemli kontrol altındadır ve pubokoksigeal kas veya pelvik döşeme ve istemli çalışan kaslardan oluşmaktadır. Pelvik taban kaslarını sıkarak dış sfinkterin kasılması, iç sfinkterden geçmiş olan idrarı durdururken, aynı kasların gevşemesi idrarın akışına izin verir.

İdrar yapma aslında iki eşzamanlı ve eşgüdümlü süreci içerir. İdrar yapma eyleminin gerçekleşmesi için, mesanenin detrusor kası, her iki sfinkterin idrarın salınması için gevşediği anda idrarı dışarıya atmak üzere kasılmalıdır. Bu süreçlerin her ikisi de sempatik sinir sisteminden (istem dışı “savaş–ya da–kaç” sistemi) etkilenmektedir. Bu nedenle, sempatik sistemin tetiklendiği veya uyarıldığı koşullarda, idrara çıkma istemsiz olarak tepkisizdir.

Algılanan bir tehdide tepki olarak böyle bir uyarılma, işemeye engel olan iki fiziksel tepki oluşturur: Mesanenin detrusor kasının gevşemesi, idrarı dışarıya atmak yerine birikmesine ve hem iç hem de dış sfinkterlerin kasılması, idrarın mesaneyi terkederek akışını önler.

Sempatik sistemin uyarılması sırasında bir kişi eliyle detrusor kasını bastırır ve dış (istemli olarak çalışan) sfinkteri gevşetse bile, iç sfinkter (istemsiz olarak çalışan) kasılmasını sürdürdüğü için, tehdit ve böylece sempatik sistemin uyarılması ortadan kalkıncaya kadar işeme durdurulmuş olur.

Utangaç mesane sendromunun –en azından kısmen– psikolojik kökenli olması aslında iyi bir haberdur. Niçin? Çünkü bu, utangaç mesane sendromunun, girişimsel cerrahi yöntemler yerine basit danışmanlık yöntemleri ile tedavi edilmesinin mümkün olduğu anlamına gelir. Gerçek prostat sorunları –diğer seçeneklerin bulunduğu bir durum– bulunmadıkça cerrahiden kaçınılmalıdır. Parürezisten yakınan bir kişinin söylediği gibi:

“Evden uzaktaki tuvaletlerde işemekte ilk kez sorun yaşamaya başladığımda, gerçekten endişelendim. Yani, ne olduğunu bilmiyordum; bu nedenle mesanemde tümör ya da başka bir şey olduğunu düşündüm. Daha önce kimsenin bu özel sorun hakkında konuşmadığını duymamıştım. Sonunda bir ürologa gittim ve birkaç görüşme ve bir dizi testten sonra bana fiziksel olarak hiç-

bir sorunum olmadığını söyledi. Ve kendimi rahatlamış hissettim! Daha sonra bir psikologa görünmemi önerdi ve o zaman gerçekte neler olduğunu anladım.”

Özet ve Sonuç

Mesane ve beyin arasındaki karşılıklı ilişkiyi özetlersek, özerk sinir sisteminin sempatik bölümü, çevremizdeki bilinçdışı bir tehdit algılanmasına fizyolojik olarak tepki verir. Utangaç mesane sendromundan yakınan kişiler için algılanan “tehdit”, en çok diğer kişilerin yakında olduğu tuvalet ortamında bulunur. Mesanenin detrüsör kasını gevşeterek ve dış ve iç sfinkteri kasarak idrar akışını engelleyen istemsiz bir fizyolojik tepki oluşur. Parürezisiniz varsa; beyininiz çevrenizdeki tehdidi algıladığı sürece, kendinizi bu bilinçaltı, fizyolojik tepkiyi geçersiz kılmak için tüm bilinçli çabalar genellikle başarısız olacaktır. Kendinizi tehdit edici ortamdan uzaklaştırdığınızda, bu “savaş–ya da–kaç” aşırı-uyarı tepkisi durur ve idrara çıkma mümkün duruma gelir.

Meslekten olmayan bir kişinin açıklaması, yazarlarımızdan birinin atölye çalışmalarında, atalarımız ve kılıç dişli kaplan hakkında konuşmaktır. Atalarımızdan biri kılıç dişli bir kaplandan kaçmak için koşuyor olsaydı, yapmak isteyeceği son şey idrarını yapmak olurdu. İlk olarak, kişi daha yavaş koşardı. İkincisi, koku bırakırdı. Bu nedenle sempatik sinir sistemi devreye girer, adrenalin tüm vücuda yayılır ve olabildiğince hızlı koşarsınız. Sonuçlardan biri mi? İdrar yapmazsınız (ya da yapamazsınız). İşte, kaçış tepkisi.

Şimdi, diyelim ki bir mağaraya girdiniz, çıkış yok ve kılıç dişli kaplan sizi köşeye sıkıştırdı. İki şeyden biri gerçekleşecektir. En çok savaş tepkisine aşınayız: Hâlâ vücudumuzda dolaşan adrenalin bizi bir savaşa hazırlar (silahsız olduğumuzu varsayarsak büyük olasılıkla kaybedeceğiz). Yine de idrara çıkmak yok (kılıç dişli bir kap-

lanla savaşıırken kim işemek ister ki?!). Ancak, bu önemli, üçüncü bir olasılık daha var: Terör tepkisi.

Bu olduğunda, parasempatik sistem devreye girer, vücut tamamen gevşer ve bir de bakarız ki olasılıkla donup kalmışız ve her tarafımıza idrar ve dışkı yaparız. Harika! Başka bir hayatta kalma (belki) düzeneği. Bu durumda ne olabilir? Potansiyel olarak iştah açıcı yemeğin kokusunu alan kılıç dişli kaplan “tiksimtiyle” geri döner, mağaradan çıkar ve bizi yalnız bırakır.

Artık parürezisin elektromiyografi (EMG) aygıtı kullanılarak ölçülebilen kronik pelvik taban disfonksiyonunun bir örneği olduğunu biliyoruz.

Baltimore, Maryland’de bir nöro-ürolog olan ve Maryland Üniversitesi Tıp Merkezi’ne bağlı Dr. David Gordon, 5 kişide elektromyografik değerlendirme yapmış ve 5 kişiden 4’ünde anormal EMG bulguları olduğunu saptamışlardır. Bu, zihin-beden sorununun klasik bir örneği olmasına karşın, parürezisin sadece psikolojik olmadığını kanıtlayan bir “silahtır”. UMS’nin fizyolojik bir temeli olduğundan kuşkulanan için üç neden daha var. Birincisi, olgu bildirimi bağlamında, bir kişinin kanser nedeniyle prostatının alındığı ve parürezisinin düzeldiği örnekler olmuştur. İkinci olarak, iyi huylu prostat büyümesi için Transüretral Mikrodalga Terapisi (TUMT) uygulanan bir erkekte, parüreziste bir iyileşme olduğu görülmüştür. Son olarak, birçok kişi, botoks enjeksiyonlarının pelvik tabandaki doğru yere yapılmasıyla 6 aya kadar parürezisten kurtulduklarını bildirmiştir.

UMS’nin fizyolojik bir temeli olduğundan kuşkulanan için üç neden daha vardır. İlk olarak, olgu düzeyinde, bir adamın kanser nedeniyle prostatının alındığı ve parürezisinin düzeldiği durumlar olmuştur. İkinci olarak, iyi huylu prostat büyümesi için Transüret-

ral Mikrodalga Terapisi (TUMT) uygulanan bir erkekte de parüreziste iyileşme görülmüştür. Son olarak, birkaç kişi pelvis tabanında doğru yere Botox enjeksiyonu yapıldığında 6 aya kadar parürezisten kurtulduğunu bildirmiştir.

Yazarlar, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin ortaya çıkmasıyla birlikte, parürezisin nedenleri, dinamikleri ve bu durumun bozucu etkileriyle yaşayanlar için daha etkili tedavi yöntemlerinin varolacağından eminler.

Utangaç Mesane Sendromunun Nedenleri: Gizemi Çözme

Eğer Utangaç Mesane Sendromunuz varsa, “Niye bende bu var?” veya “Bu şey ilk başta nasıl başladı?” diye merak edebilirsiniz. Ne yazık ki, halk arasında UMS’nin kesin nedenleri (veya etiyojisi) konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır. Belirtiler, tek bir olayın ardından ortaya çıkabilse de, UMS’nin başlangıcı için birçok neden var gibi görünmektedir. Bir diğer değişken de her bireyin sahip olduğu kişisel alan ve konfor eşiğidir: Bir danışan şöyle diyor:

“Ben de bu durumdan çekiyorum ve gerçekten neden olduğuna ilişkin hiçbir fikrim yok. Sanırım yaklaşık 15 yaşındayken daha belirgin duruma geldi. Geçenlerde bir arkadaşım (kendisi bu durumdan yakınmayan biri) konuşuyordum ve bana yakın zamanda bir gözlemcinin önünde uyuşturucu testi olduğunu söyledi. Test için örnek vermekte büyük zorluk çekmiş. Bu, pek çok insanın acı çektiği ve bunu sadece belirli derecelerde deneyimlediği anlamına gelebilir mi?”

Birinci Bölüm, erken ergenlik döneminde bir kişinin başına travmatik bir olay geldiğinde, bir davranış modeli harekete geçtiğini varsaymıştır. Parürezisi olan çoğu kişi deneyimlerini şöyle açıklar. Ne kadar ihtiyaç duyarlarsa duysunlar ya da ne kadar isterlerse istesinler, “alt takımlarının çalışmaması” açısından, parürezisli kişilerin toplum içinde idrar yapabilme konusunda istemli bir kontrolle sahip olmadıkları açıktır. O halde yanıtlanması gereken soru, bu

istemersiz tepkinin niçin bu kadar çok insanda ortaya çıktığıdır? İnsanın temel fizyolojik işlevi olan işeme nasıl bu kadar karmaşık hale gelebilir?

UMS'yi Açıklama için Bakış Açıları

UMS ile ilgili kesin olan bir şey var. UMS'nin doğasını yeterli ve genel olarak açıklayan tek bir neden, klinisyenleri ve araştırmacıları atlatmaya devam etmektedir. UMS, çok yönlü bir sorundur. Bu da tedavilerinin kişiden kişiye değişeceği anlamına gelir. Bir yetişkin, üriner sistemde çocuklukta yaşanan travmaya yanıt olarak UMS yaşayabilirken, bir başkası vücut utangaçlığına ve bir diğeri de tuvalette yaşanan travmatik bir olaya tepki verebilir. Her durumda yine de UMS'nin dışavurumu aynıdır: Genel tuvaletlerde idrarını yapamamak.

Klinik araştırmacılar, sorunun ortak öğelerini tanımlama ve sonuçta genel bir tedavi programı geliştirme umudu ile UMS hakkında çeşitli bakış açıları sunmuşlardır. Tek bir açıklama evrensel olarak geçerli olmadığından, tıbbi/terapötik bağlamda UMS'unu açıklamanın en iyi yolu biyopsiko-sosyal bakış açısıdır.

Biyopsiko-sosyal Bakış Açısı

Günümüzde çoğu UMS araştırmacısı, bir bireyi etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal unsurlar arasındaki ilişkiyi gözönünde bulundurarak edindikleri çok boyutlu felsefeye sahiptir. Bu üç boyutun birleşimi ve nasıl ilişkide bulunduğu biyopsiko-sosyal bakış açısı olarak adlandırılır. Karmaşık oluşumları ya da olayları pek çok nedene bağlayan bütüncül bir yaklaşımdır. Aynı zamanda üzerimizde etkili olan fiziksel, zihinsel ve çevresel tüm dinamikleri de dikkate alır.

Biyopsikososyal bakış açısının, bir parürezisli danışana uygulanmasının bir örneği, yazarlardan birinin eski bir danışanı olan

Mike'ın öyküsü ile verilebilir. Mike, mütevazı bir ailede ve “iyi” erkeklerin, başkalarının önünde tuvalete gitmediğine inandırılarak yetiştirilmiştir (sosyal). Daha sonra yetişkinlik döneminde, kamuya açık alanlarda idrarını yapamamaktan ötürü çatışmalar ve sıkıntılar yaşadığında (psikolojik), işleme performansları hakkında endişelenmiştir (psikolojik). Tuvalete gidememe konusunda çelişki ve endişe yaşadığında (psikososyal), üriner “performansları” hakkında endişelenmiştir (psikolojik). Sonuç olarak sinir sistemi, genel tuvaletlerde idrarını yapmasının çok zor olduğuna ilişkin tetiklenmiş veya uyarılmıştır (biyolojik). Kendini tuvalete gidememe konusunda azarlamaya başlamış (psikolojik) ve daha sonra onu evindeki “güvenli” tuvaletinden uzaklaştırabilecek uzun sosyal davetleri kabul etmekten kaçınmıştır (sosyal). Dolayısıyla Mike'ın biyopsikososyal sisteminin karşılıklı ilişkisi UMS'nun ortaya çıkmasına ve devam etmesine hizmet etmiştir.

Utangaç Mesane Sendromuna Biyolojik Bakış Açısı

Biyolojik bakış açısı temel olarak biyolojik ve fiziksel süreçlerin UMS'nin üzerindeki etkileri ile ilgilidir. Biyolojik bakış açısı, biyokimyasal bakış açısı olarak adlandırılan alt kategoriye de içerir. Biyokimyasal bakış açısında ise insan işleyişinin tüm öğelerinin biyolojik ve kimyasal süreçleri yansıttığı inancı benimsenir. Bu bakış açısını paylaşan hekimler, UMS'nin fiziksel bir hastalık, yapısal sorunlar ya da kimyasal dengesizliklerin sonucu olduğuna inanmaktadır. UMS'yi, bozulmuş biyolojik süreçleri üretral ameliyat, kateterizasyon ve/veya ilaçlar ile düzeltmeye ya da tersine çevirmeye çalışarak tedavi ederler.

Biyokimyasal yaklaşımdaki iki farklı kuram, nöral ve genetik bakış açılarıdır. Nöral bakış açısına göre UMS, sinir sistemi etkinliğinden, özellikle de sempatik sinir sisteminin uyarılmasından kay-

naklanmaktadır. Sinirsel süreçler oldukça iyi anlaşılmış olsa da, sinir sisteminin bir bütün olarak işleme davranışını kontrol etmedeki rolü net olarak anlaşılamamıştır.

Genetik bakış açısının savunucuları, insan işleyişinin çoğu yönünün doğumdan önce genetik olarak belirlendiğine inanmaktadır. Kromozomlar genler içerdiğinden, işeme ve bununla ilgili bozukluklar da dahil olmak üzere vücudun yapısı ve işleyiş planının da genetik olarak belirlendiğini düşünmektedirler. Başka bir deyişle, bazı insanlar UMS geliştirme konusunda genetik bir yatkınlığa sahip olabilir. Bu görüş, bozukluğun ailelerde görülme eğilimi ile tutarlıdır. Bu görüşü destekleyen olgu bazında veriler olsa da, henüz kanıtlanmamış bir kuramdır.

Utangaç Mesane Sendromuna Psikolojik Bakış Açısı

UMS'ye psikolojik bakış açısını destekleyenler, yaşam boyu süren düşünce, tutum, duygu, davranış ve deneyimlerin işeme işlevini nasıl etkilediğini incelemektedir. Bu bakış açısı, UMS olan kişilerin işemeye yönelik tutumlarına ("İnsanlar işediğimi ya da işeyemediğimi duyarsa hakkımda kötü düşünür"), sorunu tartışmaya açık olma durumuna ("Eğer aileme anlatırsam, beni reddederler"), işeme konusundaki sorunlarının nasıl geliştiğine (koşullanma) ve genellikle psikoterapi ile işeme sorunlarını çözme yöntemlerine odaklanır. Psikolojik bakış açısı birkaç alt kategoriye ayrılır.

Psikodinamik Bakış Açısı

Psikodinamik bakış açısı, Freud'un kuramına dayanır. Bilinçdışı ve bastırılmış dürtülerimizin ve arzularımızın, insanların dünyada nasıl etkileşimde bulunacağını belirlediği görüşüdür. Bu bakış açısı, geleneksel psikiyatrik bakış açısına benzer. Freudcu bir psikiyatrist ve psikodinamik bir terapist, UMS bulunan bir kişinin, ebeveynlerine karşı derin bir düşmanlık beslediğini düşünebilir.

Bilinçli zihin tarafından kabul edilemeyen bu tür arzular, düşmanlığın doğrudan ifade edilmesini engelleyen bir “belirtiye” yol açar. Tedavisi ise, işeme sorununa ilişkin belirtileri hafifletmek için kişinin hissettiği psikolojik baskının ortadan kaldırılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış psikoanaliz ile gerçekleştirilebilir. Parürezisli danışanların çoğunun tanıklık edebileceği gibi, psikoanaliz ile sınırlı bir tedavi yaklaşımı çoğunlukla başarısız olmaktadır.

Bilişsel Bakış Açısı

Bilişsel bakış açısı, bilişsel kuramcılar tarafından benimsenmektedir. Bilişsel kuramcılar, düşünce süreçlerinin günlük yaşantımızı önemli ölçüde etkilediğine inanmaktadır. Bu görüş, gerçek olguların tersine olaylara ilişkin algımızın birincil öneme sahip olduğu fikrini benimser. Davranışbilimciler ise öğrenme kuramıyla ya da deneyimin davranışlarımızı nasıl değiştirdiğiyle ilgilenirler.

Bilişsel kuramcılar Middlemist, Knowles ve Matter (1976), kişisel alana saldırılmasının işemeyi engelleyen önemli bir etken olduğunu öne sürdüklerinde parürezisli kişilerin algısının önemini vurgulamışlardır. Çalışmalarında, gerginlik, kaygı ve utanç gibi belirli bilişsel durumların üretral sfinkterlerin gevşemesini engellediğini belirtmişlerdir. Belirli ruh hallerinin de işeme konusunda tereddüde, mesane basıncının artmasına ve hatta akut retansiyona yol açabileceği sonucuna varmışlardır.

Bir kişinin aktardıkları, bu bilişsel bakış açısını desteklemektedir:

“İdrar yapmakla ilgili çağrışımlarım erkeklikle ilgili, her yerde ve herkesin önünde işeyebilmenin, benim yetersiz kaldığım baskın bir “maço” imgesine ait olduğunu düşünüyorum. Belki de kendi bölgesel sorunlarımı, deyim yerindeyse niye “izimi bırakmaktan” korktuğumu düşünmeliyim.”

Davranışsal Bakış Açısı

Davranışçılar, genellikle üç tür öğrenmeden söz ederler: Klasik koşullanma (çağrışım yoluyla öğrenme, ilişki ya da bağlantı kurarak öğrenme), edimsel koşullanma (pekiştirme ve ceza yoluyla öğrenme) ve gözlemsel öğrenme (gözlem ve taklit yoluyla öğrenme). Bir davranışçı için UMS'nin gelişimi, her üç bilgi türüyle de ilgilidir ve “Billy” örneği kullanılarak gösterilebilir:

Billy, işeme davranışlarına ilişkin “gizliliği”, örneğin her zaman bir kabini kullanmayı ebeveyninden gözlemler ve öğrenir (gözlemsel öğrenme). Daha büyük bir çocuk olduğunda, akranları hiç pisuvar kullanmadığı için onunla alay eder. Sonunda, başkalarının yanında idrarını yapmak alay ve kaygı ile ilişkilendirilir (klasik koşullanma). Billy genel tuvaletleri kullanmaktan her kaçındığında, sorunu daha da pekiştirir (edimsel koşullanma).

Bilişsel-Davranışçı bakış açısı

Birçok uzman, düşünmenin rolü gözardı edilirse, davranışsal bakış açısının eksik kalacağına inanmaktadır. Bu görüş, öğrenme ve bilişsel kuramları birleştiren ve günümüzde sosyal fobiler de dahil olmak üzere birçok sorunun tedavisinde egemen psikolojik çerçeve olan bilişsel-davranışçı bakış açısının veya daha doğru bir ifadeyle bilişsel-davranışçı terapiyle (BDT) ortaya çıkışıyla sonuçlanmıştır.

1960'lardan itibaren, bilişsel ve davranışçı bir model kullanılarak UMS'nin tedavi edilmesine ilişkin olgu raporları ortaya çıkmaya başlamıştır. Tipik tedaviler arasında, danışanlarla birlikte çalışarak çarpık algılarına meydan okumak ve bunları değiştirmek (örneğin, toplum içinde idrar yaparken, düşünceleri değiştirmeye, “Herkes niye burada durup tuvaletimi yapmadığımı merak ediyor” düşüncesinden, “Çişimi yapıp yapmamam kimsenin umurunda değil”) düşüncesine geçiş ve sistematik duyarsızlaştırma yer alır.

Albert Ellis (1962), mantıksız inançları ortadan kaldırmak için rasyonel-emosif terapi veya RET olarak bilinen bir bilişsel-davranışçı terapi biçimi geliştirmiştir. Ellis'in yöntemi günlük yaşam sorunlarının ele alınmasında yararlıdır ve sosyal fobiler de dahil olmak üzere çok sayıda klinik soruna başarıyla uygulanmıştır (Zigourides ve Warren, 1990). Bununla birlikte, RET'in ve diğer herhangi bir BDT tekniğinin UMS tedavisindeki etkinliğini belirlemek için daha fazla araştırmaya gereksinim vardır.

Varoluşsal-hümanistik Bakış Açısı

Varoluşçu-hümanist bakış açısı; doğrudan deneyimin, kendini kabul etmenin ve kendini gerçekleştirmenin önemini vurgular. Öfke ve düşmanlık gibi duyguların a- farkında olmak ve b- uygun şekilde ifade edebilmek bu bakış açısının temel unsurlarıdır. Varoluşçu-hümanistik bakış açısını kullanan kuramcılar, kendini kabullenme üzerinde çalışmanın, parürezisli kişilerin genel tuvalette işeme becerilerini engelleyen kaygılarının üstesinden gelmelerine yardımcı olabileceğine inanmaktadır. McCullough'un 'Free to Pee' (İşemek Bedava, 2000) adlı kitabı bu bakış açısını parürezis tedavisine dahil etmektedir.

Sistemler Bakış Açısı

Sistem bakış açısı, farklı sosyal sistemlerin bireyler, çiftler, aileler, kuruluşlar ve topluluklar arasında nasıl etkileşim kurduğu ve onları nasıl etkilediği ile ilgilenir. Sosyal hizmet uzmanları bunu genellikle "çevre içinde kişi" (PIE) bakış açısı olarak adlandırır. En yaygın sosyal sistemler aile, iş, okul, topluluk ve dini sistemlerdir. Birçok insan ebeveyninden, öğretmenlerinden, arkadaşlarından veya dini liderlerinden cinsel organlar, idrar yapma ve cinsellik hakkında ilişkili veya sağlıklı mesajlar alır. Bu mesajlar, bazı insanlarda parü-

rezis gelişimi için zemin hazırlar. Bu hatalı veya zarar verici mesaj veya mesajları hangi sistemin vermiş olabileceğini belirlemek yararlı olabilir.

Parürezisli bir kişinin bu öyküsündeki sistemlerin etkisine ve etkileşimde bulunan olayların karmaşıklık düzeyine dikkat ediniz:

"Kendi evimde başka biri olmasa bile idrarımı yapmakta tereddüt yaşadım. Çok sarhoş olduğum ya da kafeinle aşırı derecede uyarıldığım birkaç durum dışında kesinlikle başkalarının yanında idrarımı yapamıyorum. Kimsenin olmadığından emin olduğum sürece doğal ortamlarda (otoyol kenarındaki ormanlık alanda) işeyebilirim. Dışarıda ıssız veya ağaçlık alanlarda işemeyi seviyorum, kendimi çok doğal hissediyorum ve üzerinizde hiçbir baskı yok. Bu, genlerimizde bir yerlerde saklı olabilir ve günümüzün kapalı ortamları henüz beyinimizde evrimleşmemiş olabilir. Bir keresinde ormana işediğim için 50 dolar ceza yemiştim. Polise, halka açık bir pisuvarı kullanamadığımı açıklayamadım.

Bu sorun, ben birinci sınıftayken de vardı. Annem de benimle aynı sorunu yaşıyor. On yaşındayken bana bir araba çarptı ve hastanede idrar örneği vermem gerekti. Annem tuvaletteyken idrarımı yapamıyordum ve o da idrarımı yapabilmem için tuvaletten çıkacağını ve kimsenin girmediğinden emin olacağını söyledi. Ben ona söylemeden bile, sorunumun ne olduğunu biliyordu.

Üniversitedeyken, uzun bir derse girmeden önce çışımı yapabilmek için her zaman uzaktaki, nadiren kullanılan bir tuvalette gitmek zorunda kalırdım ve bu da genellikle derse geç kalmama neden olurdu. Tuvaletlerin, işyerlerinin yoğun olduğu yerlerde bulunduğu birçok işten vazgeçtim. İş görüşmelerine gittiğimde genellikle tuvalet donanımını kontrol ederim. Gölgelerden birisinin çıkmamasını umarak tuvaletimi yapabilmek için gece kulübünden çıkabilir ve Manhattan'da ıssız fabrika sokaklarını/ağaçlık yollar arayabilirim.

Sorun her zaman aklınızın bir köşesinde ve yaşamınız boyunca yolunuzu bulmalı, birçok durumu parürezinize uyacak şekilde ayarlamalısınız."

Yukarıdaki örnekte, belirtilerin hem fiziksel hem de sorunun faili olarak bir aile bileşeni olduğu görülmektedir. Utangaç mesane sendromu, ailede herhangi bir tartışma olmaksızın, iki kişi (anne ve oğul) arasındaki komplocu sessizlik altında devam etmiştir. Parürezis, birinci sınıftan itibaren okul deneyiminin bir parçasıydı. Bu kişinin anlattığı üzere, araba çarpması gibi travmatik bir olay, idrar örneği verememe gibi ek bir travmayı da içeriyordu. Potansiyel iş durumlarının da, öncelikle yeterli tuvalet olanaklarına sahip olma ölçütünü karşılaması gerekmiştir. Sosyal durumlar, tuvalet ihtiyacını gidermek için kabul edilebilir bir yer bulma korkusu/ihtiyacı ile hafifletilmiştir. Son söz, tüm bunların etkisini özetlemektedir.

Parürezisli çoğu insan gibi, bu kişinin de tüm yaşamı parürezis etrafında dönüyor.

Çevresel Farklılıklar-Erkek ve Kız Çocuklar

Birleşik Devletler'de aile sistemindeki yetişkinlerin, genel tuvalette küçük kız çocuğunun tersine küçük erkek çocuğu ile geleneksel olarak etkileşimde bulunma şekli, parürezis ile ilgili ilginç sorunu da beraberinde getirir. Kadınlar, genel tuvalet alışkanlıkları ile ilgili gözlemsel öğrenme fırsatına sahipken ve bu konuda tutarlı "eğitim" alırken, erkekler almaz.

Birkaç istisna dışında, günümüz yetişkinleri küçükken ya iki ebeveynli evlerde ya da annenin evin reisi olduğu boşanmış ailenin evlerinde yetiştirilmiştir (geleneksel olarak boşanma durumlarında babaların, çocuklarının velayetini alması pek yaygın değildir). Toplum içindeyken, tuvaleti kullanması gereken küçük çocuk –erkek veya kız– bunu genellikle annesiyle birlikte kadınlar tuvaletine giderek yapardı. Böylece, erkek çocuk da kız çocuk gibi –tıpkı evde özel olarak işlemeyi öğrendikleri şekilde– genel tuvaleti bir kabinin mahremiyetinde kullanmayı öğrenmiştir. Kreşlerdeki erkek ve kız

çocuklar, bağımsız tuvaletleri kullanmaktadır. Anaokulundaki küçük çocukların da, birinci sınıfta olduğu gibi sınıflarında sıklıkla özel bir tuvaletleri vardır. Yani neredeyse ikinci sınıfa kadar, erkek çocuklar da tıpkı kızlar gibi evde ve evden uzakta, halka açık yerlerde veya kreşlerde özel tuvalet ortamlarını kullanırlar. Parürezisli bu kişinin söylediği gibi, okulda bile kabinler erkek çocuklar için tanıdık bir seçenek sunuyor:

“Çocukluğumda bu soruna katkıda bulunmuş olabileceğini düşündüğüm tek şey ilkokulda yaşadığım bir olaydı. Tuvalette çişimi yapıyordum ve ‘kabadayı tipli’ biri beni arkamdan tutup sardı. Sanırım her yere işedim ve üzerime de işlemiş olabilirim. Bu olaydan sonra kalabalık bir tuvalette işlemekte zorlandığımdan oldukça eminim. İki erkek kardeşim var ve en azından birinin de benim sorunumla aynı derecede olmasa da buna benzer bir şey yaşadığından eminim.”

Erkek çocuklar biraz daha büyüdüklerinde, yaklaşık 7 ya da 8 yaşına geldiklerinde, artık “çok büyük” oldukları için toplum içindeyken kadınlar tuvaletine alınmazlar ve bunun yerine erkekler tuvaletine gönderilirler. Küçük erkek çocuklar, ilk kez dışarıda tanıdık kadınlar tuvaleti kabininden çok daha az özel bir pisuvar durumuyla karşı karşıya kalırlar ve annelerinin eşlik etmesinin rahatlığı yoktur. Çocuklar idrarlarını yaparken ya da en azından yapmaya çalışırken yetişkin yabancılar da pisuvarın başında durmaktadır.

Bu durumun küçük bir erkek çocukta endişe yaratabileceğine kuşku yoktur. Erkek bir aile bireyi veya arkadaşının eşlik etmesi durumunda, çocuk bir dereceye kadar kendini güvende hissedebilir ve belki de pisuvarın nasıl kullanılacağına “öğretilmesi” gibi ek bir lükse sahip olabilir. Halka açık erkekler tuvaleti ortamını hiç öğrenme fırsatı bulamamış bir çocuk için, ilk kez tek başına pisuvar da işlemek durumuyla karşı karşıya kalmak kesinlikle travmatik olabilir ve potansiyel olarak UMS gelişimini tetikleyebilir.

Utangaç Mesane Sendromuna Sosyal Bakış Açısı

Herhangi bir insan grubunda, grubu oluşturan bireylerin çeşitliliği içinde, bireysel tutumların bir bütünlüğü, günlük yaşamda neyin kabul edilebilir olup olmadığına ilişkin kolektif bir anlayış vardır. Kültürel bakış açıları, sosyal ve kültürel etkiler ve değerlerle ilgilidir.

Sosyal bakış açılarının birkaç alt kategorisi vardır: Türler arası, kültürler arası, istatistiksel ve dini bakış açıları.

Türler Arası Bakış Açısı

İnsanlar, hayvanlar âleminin bir bireyi olduğu için, insanlar ve hayvanlar arasında yapılacak bir karşılaştırma, insan işleyişinin doğası hakkında değerli bilgiler sağlayabilir. UMS'nin türler arası bakış açısı, insan davranışı ile diğer hayvanların davranışları arasındaki benzerlik ve farklılıkları değerlendirir. Memelilerin çoğu görece yalnız yaşarken, diğer memelilerin varlığında idrar yapma yaygındır. Vahşi hayvanlar için işeme eylemi, doğası gereği hayvanı saldırıya açık duruma getirdiğinden, memeliler diğer hayvanların önünde işemeyi erkenden öğrenirler. Ayrıca işemek için güvenli ve güvensiz zamanlar ve yerler olduğunu da öğrenirler.

Daha sosyal memeliler, özel olarak veya “kabul edilebilir” bir ortamda idrar yapmak için diğerlerinden uzaklaşabilirler. Evcilleştirilmiş hayvanlara belirli ve kabul edilebilir ortamlarda idrar yapmaları öğretilir. Örneğin, köpekler evin içinde tuvaletini tutma konusunda evde eğitilir ve gidilecek tek güvenli ortamın “dışarı” olduğu da öğretilir. Ev eğitiminin amacı, köpeğe evin içinde tuvaletini yapmanın güvenli olmadığını –örneğin, kabul edilemez ve köpeğin cezalandırılmasına neden olabilecek bir durum olduğunu– göstermektir; böylece köpek, “iyi” olduğu için övgü alacağı dışarıda serbestçe idrarını yapana kadar idrarını tutacaktır. Köpek, evi çişini

yapmak için güvenli olmayan bir yer olarak algılamaya ve evin içinde tuvaletini yapmamaya koşullandırılır. Aslında evde eğitim, köpeklerle parürezis dogmasını dayatma eylemidir! (Ne yazık ki köpek sahipleri için, köpekler insanların tek seferlik öğrenme eğilimini paylaşmıyor gibi görünmektedir).

Kültürlerarası Bakış Açısı

Kültürler arası bir bakış açısı, kültürel farklılıkları ve sorunları ele alır. Bir kültürde norm olan bir şey, başka bir kültürde tabu olabilir. İnsanlar arasında neyin kabul edilebilir ve yaygın bir uygulama olduğu, belirli bir kültüre özgü sosyal beklentilere ve davranış standartlarına dayalı olarak görecelidir.

Parürezis ile ilgili olarak, bedensel işlev standartları, beden farkındalığı ve mahremiyet konuları kültürler arasında farklılık gösterir. Örneğin, Asyalılar, tuvaletini yapma alışkanlıkları açısından Amerikalılara göre daha mütevazı olarak bilinir. Parürezis dünya çapında varolsa da, bozukluğun belirli kültürel gruplar arasında daha yaygın olup olmadığı henüz belirlenmemiştir. Bu alanda daha fazla çalışma yapılabilir. Bedene ve işlevine yönelik farklı tutumlara sahip kültürler arasında parürezis görülme sıklığını inceleyen araştırmalar, parürezisin dinamiklerine ilişkin bilgi sağlayabilir.

İstatistiksel Bakış Açısı

İstatistikçiler, bir popülasyondaki en fazla sayıda bireyin özelliklerini veya ortalama kişinin özelliklerini belirlemekle ilgilenir. İstatistiksel araştırmalardan elde edilen bilgiler genellikle kamuoyuna rapor edilir. Ortalama bir yetişkin en iyi şekilde işlev görebilmek için X saat uykuya ihtiyaç duyar vb. UMS'nin Birleşik Devletler'de, en azından nüfusun yaklaşık yüzde 7'sinde bulunduğuna ilişkin deneysel çalışmalardan elde edilen veriler vardır ancak sayıların çalışmadan çalışmaya önemli ölçüde değiştiğini belirtmek önemlidir.

İstatistiksel araştırmalardan elde edilen bilgiler, parürezis gelişimine katkıda bulunan genetik ve/veya çevresel etmenlerin belirlenmesinde çok değerli bilgiler sağlamaktadır.

Dini Bakış Açısı

Bu bakış açısı dini dogma, öğreti ve kutsal kitapların üzerimizdeki etkilerini ele almaktadır. Dini bir sistem içinde yetiştirildiyse, organize din tarafından ortaya koyulan ahlak ve değerler, sağlıklı veya zararlı olsun, yaşamınızda etkili bir rol oynayabilir. Aile yapısı ve beklentileri hakkındaki dini düşünceler, aile bireyleri arasındaki iletişimi etkiler. UMS açısından din, “özel” beden işlevleri hakkında tartışmaya yönelik tutumlarımızı ve psikolojik zorluklar veya yetersizlikler hakkında konuşma özgürlüğümüzü (veya yokluğunu) etkileyebilir.

Özet

UMS'nin nedenlerine ilişkin çeşitli kuramlar olsa da, bu durumun tek bir temel nedeni yok gibi görünmektedir. Olguların geçmiş öykülerinden, çeşitli etkenlerin sonunda genel tuvaletlerde veya başkalarının varlığında idrar yapamamaya yol açabileceği açıktır. Yanıt arayışında, genetik ve psikolojik işleyiş ve eğilimler gözönünde bulundurulmalıdır. Travmatik olayların ve tuvalet tasarımı da dahil olmak üzere çevresel etmenlerin parürezis oluşumu üzerindeki etkisi de incelenmelidir. Nedenler ve daha etkili tedaviler, sadece kapsamlı araştırmalar ile saptanabilir ve ölçülebilir. Bu arada, en yaygın nedenlerden bazılarını kapsayan çok boyutlu tedavi yaklaşımı en başatı seçenektir.

Utangaç Mesane Sendromunu Kendiniz Tedavi Edebilirsiniz

"Ben, uzman bir erkek psikologum ama aynı zamanda 30 yıldır utangaç mesane mağduruyum. Eğer uzun yıllardır utangaç mesaneden yakınıyorsanız, psikoterapinin hızlı bir şekilde mucizeler yaratma şansı oldukça düşüktür. Terapiye binlerce dolar para harcadım ama uzun süreli sonuçlar elde edemedim. Terapi bir sanattır ve çok az kişi bu konuda gerçekten iyidir. Utangaç mesane alanında az sayıda terapistin deneyimi vardır.

"Görünen o ki, mevcut sorunu paylaştığım her mükemmel hekim, elinde sihirli bir değnek varmışçasına sorunumu tedavi edebileceğinden, "kesinlikle emindi". Aklınızda bulundurmanız gereken şu ki, bu zamana kadar tam üç psikiyatriste, bir psikologa, bir pratisyen hekime, bir ürologa (tahmin edeceğiniz gibi bu doktor hiçbir sorun bulamadı), bir hipnoterapist (hipnoterapiyi uygulayan psikiyatristlerden birine ek olarak) ve bir büyüciye gittim. Mevcut sorunumla ilgili elde ettiğim en iyi sonuca, işyeri dışı satış danışmanlığı işine başladığımda, bu sorunun üstesinden gelebilmek için bir şeyler yapmam gerektiğini kabul etmekle ulaştım.

"Alternatif çözüm nedir? Gizliden gizliye acı çekmeye devam etmek, arada sırada bu fobinin çeşitli düzeylerde biçok zorluğa neden olduğu hakkında hiçbir fikri olmayan uzmanlardan yardım istemek mi? Kesinlikle, terapi ya da hipnozun işe yaradığını söylemiyorum. Sadece şu ana kadar hiçbirimizin bu yöntemlerle 'tedavi edilemediği' görülüyor."

Bu yorumlardan da anlaşılacağı üzere, parürezisli kişiler yardıma ihtiyaçları olduğunu biliyorlar ve gerçekten de işe yarayacak bir yöntem bulamamaktan endişeleniyorlar.

Parürezisli kişilerin karşılaştığı en büyük sorun, geçici çözümler bulmalarıdır. Bu konuda oldukça az sayıda uzman terapist varken ve başarı vaatleri hiçbir zaman gerçekleşmezken, parürezisli kişilerin tedavi arayışında niçin aşırı derecede hayal kırıklığı ve umutsuzluk yaşadıklarını anlamak kolaydır. İşe yaramayan pek çok şeyi denemiş olan parürezisli pek çok kişinin, bu travmatik duruma uyum sağlamakla yetinmek yerine, daha ileri bir tedaviyi denemekte bile isteksiz olması da anlaşılabilir bir durumdur.

Ancak parürezis mağduruysanız, asla pes etmemelisiniz. Haklı olarak hissettiğiniz tüm hayal kırıklıkları ve kuşkularınıza saygı duyarak söylemek isterim ki, parürezis için etkili bir tedavi yöntemi var. Bu bölümün amacı, parürezis bulunan diğer birçok kişide tam anlamıyla işe yaramış bu yöntemi burada sizlere de sunmaktır. Sizler mevcut sorununuzla ilgili, kendi kendinize veya tercih ettiğiniz bir terapistle çalışabilirsiniz.

Birinci Adım: Nereden Başlamalı?

Fizyolojik bir bileşeni olan her durumda olduğu gibi, UMS'de de atılacak ilk adım, işeme işlevindeki bozukluğun fiziksel bir nedenini tamamen dışlamaktır. Bu, işeme yeteneğinize fiziksel bir engel olmadığından emin olmak için, bir tıp uzmanına, mümkünse bir ürologa (tercihen bilgili bir ürologa) gitmeyi gerektirir. Geçmişte böyle bir fiziksel muayene yaptırdıysanız ve fiziksel olarak ürolojik sisteminizin iyi olduğu belirlendiyse, UMS tedavisine başlamadan önce bir kez daha doktor kontrolünden geçmeniz oldukça önemlidir. Vücutlar değişir, buna bağlı bazı sorunlar ortaya çıkabilir ve idrar yapamamanızın olası fiziksel nedenlerini gözden kaçırmamak yaşamsal önem taşır.

İdrar yapamamanızın nedeninin psikolojik değil de fiziksel olup olmadığını belirlemenizde, hem size hem de doktorunuza yardımcı olacak genel bir kural şudur: Yalnız olduğunuz zamanlarda idrarınızı hızlı bir şekilde yapmaya başlayabiliyor, düzenli bir idrar akışını sürdürebiliyor ve bitirdikten sonra mesanenizin boş olduğunu hissediyorsanız, idrar yapma sorununuzun fiziksel olması pek olası değildir. UMS'yi belirlemek için ek bir yardımcı, bu kitabın 1. Bölümünde yer alan UMS Kişisel Testini uygulamaktır.

İkinci Adım: UMS Geçmişinizi Yeniden Gözden Geçirmek

Bir tıp uzmanına muayene olduktan ve UMS'nizin fizyolojik bir nedenini dışladıktan sonra; bir sonraki adım utangaç mesane sorununuzun kökenini ayrıntılı olarak gözden geçirmektir. UMS hakkındaki düşüncelerinizi ve aşağıdaki alıştırmaya vereceğiniz yanıtları kaydetmek için ayrı bir günlük tutmanız yararlı olacaktır.

Bu alıştırmanın amacı, sadece UMS'nizin dinamikleri hakkında fikir sahibi olmanızı sağlamaktır. Kendinize, sakın ve rahat olduğunuz özel bir zaman ayırın ve aşağıdaki soruları okuyun ve yanıtlarınızı yazın. Burada, doğru ya da yanlış yanıt yoktur, bu nedenle soruları yanıtlarken aklınıza ilk gelen düşüncely yazın:

1. Ne zamandır bu sorunu yaşıyorsunuz?
2. Eğer hatırlıyorsanız, ilk kez idrara çıkmakta zorlandığınızda kaç yaşındaydınız?
3. O sırada hayatınızda neler oluyordu?
4. Olay olduğunda neredeydiniz?
5. Yanınızda kimler vardı? (aile bireyleriniz, sınıf arkadaşlarınız, tanımadığınız kişiler)
6. Ne oldu?

7. Bunu ilk kez yaşadığınızda ne hissettiniz?
8. Durumunuzu herhangi birisi ile paylaştınız mı? Niçin paylaştınız veya paylaşmadınız?
9. Eğer biri ile paylaştıysanız, tepkisi ne oldu?
10. İdrar yapamama sorununuz, ilk ortaya çıktıktan sonra da aynı şekilde devam etti mi, yoksa belirtiler zaman içinde giderek kötüleşti mi?
11. Bu sorun giderek kötüleştiyse, yaşamınızda değişen herhangi bir olayın (aile durumu, okul, iş değişikliği gibi) mevcut belirtileriniz üzerinde etkisi oldu mu?
12. Eğer öyleyse, ne şekilde bir etkisi oldu?
13. Aile bireylerinden herhangi birinde de böyle bir sorun var mı?
14. Eğer varsa, bu sorunu kendi aranızda tartıştınız mı?
15. Sorun zamanla kötüleşti mi?
16. Herhangi bir durumda genel tuvaletlerde idrarınızı yapabiliyor musunuz?
17. Eğer öyleyse, hangi koşullar altında?
18. Genel bir tuvalete girerken yaşadığınız en büyük endişe nedir?
19. Bu endişe, yıllar içinde değişikliğe uğradı mı? (örneğin, daha büyük, daha az veya farklı bir sorun haline geldi mi?)
20. Genel tuvalete girerken tekrarlayan olumsuz düşünceleriniz var mı?
21. Eğer böyle düşünceleriniz varsa, bunlar nelerdir?
22. Şu ana kadar hangi tedavileri denediniz?
22. Bu zamana kadar hangi tedavi yöntemlerini denediniz?
23. İşe yarayan bir yöntem olduysa, bu yöntem hangisidir?
24. Uyguladığınız yöntemlerden hangisi işe yaramadı?

25. UMS'nizi tedavi etmek için kendinize nasıl bir hedef belirlediniz?
26. Tedavinin başarılı olacağına ne kadar güveniyorsunuz?
27. Tedavinin işe yarayacağına ya da yaramayacağına niçin güveniyorsunuz ya da güvenmiyorsunuz?
28. UMS yaşamınızı kontrol altına alan bir olgu olmasaydı yaşamınız nasıl olurdu?

Yazdıklarınız hakkında düşünmek için kendinize biraz zaman ayırın. Yanıtlarınız, UMS'nizin dinamikleri hakkında bilgiler verebilir. Tedavi ile ilgili bir terapistle görüşüyorsanız, vermiş olduğunuz yanıtları kendisiyle paylaşmak isteyebilirsiniz.

Üçüncü Adım:

Aşamalı Üstüne Gitme Terapisini Anlamak

Uzmanlar, UMS için en etkili tedavi yönteminin aşamalı üstüne gitme terapisi olduğunu belirtmişlerdir. Aşamalı üstüne gitme terapisi, yükseklik korkusu, kapalı alan korkusu, küçük hayvanlar, uçağa binme ve araba kullanma korkuları da dahil olmak üzere birçok korku ve fobinin üstesinden gelmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu terapinin ardındaki kuram, bir kişi korku duyduğu bir durumla ne kadar sık karşılaşır, durumun o kadar az korkutucu hale gelmesidir. Bu tedavi yöntemi basit bir kavrama dayanmaktadır: Korktuğunuz şeyleri yapın. Bununla birlikte, korktuğunuz şeyi yapmaktan en üst düzeyde yarar sağlayabilmeniz için, korktuğunuz nesne veya durumla aşamalı olarak, sık sık ve uzun süre yüzleşmeniz gerekir.

Parürezisli kişiler için genel tuvaletlerde idrar yapmaktan kaçınma, fobinin büyük bir bölümünü oluşturur. Aşamalı üstüne gitme terapisinin “korktuğunu yap” kavramı, “güvenli” olanlardan daha zorlu koşullara kadar değişen durumlarda, başkalarının yanında

aşamalı ve tekrarlı bir şekilde idrar yapmaya çalışmayı içerir. Üstüne gitme seansları yaklaşık 1 saat sürmeli ve mümkün olduğunca sık yapılmalıdır. Her hafta birden fazla seans tercih edilir, ancak haftada en az 1 seans şarttır.

Eğer erkekseniz, tüm idrara çıkma egzersizlerinizi ayakta yapın ve aşırı arka plan gürültüsü olmadan sesi en üst düzeye çıkarmak için doğrudan klozetin içindeki suyu hedef alın. İdrar seslerini tamponlamaya çalışmak sadece terapi sürecinin uzamasına ve terapinin zorlaşmasına neden olur çünkü sorununuzla tamamen yüzleşmek yerine onu gizlemeye/örtbas etmeye çalışırsınız. Yukarıda yer alan önerilerin bile aşamalı bir şekilde yapılması gerekebilir. Örneğin, önce idrarınızı yaparken biraz ses çıkarmaya başlayabilir ve daha sonra çıkardığınız sesi arttırabilirsiniz.

Dördüncü Adım: Sıvı Yükleme

Aşamalı üstüne gitme terapisinin başarılı veya yararlı olabilmesi için, her uygulama seansı sırasında mümkün olduğunca çok sayıda idrar yapmaya çalışmak önemlidir. Sonuç olarak, önemli miktarda idrara ihtiyaç vardır. Bunun ne anlama geldiğini biliyorsunuz! Neredeyse patlayacağınızı hissettiğiniz noktaya kadar çok fazla sıvı içmeniz gerekecektir. Bu sürece, “sıvı yükleme” denir.

“Sıvı yükleme” düşüncesi, parürezisli kişilerin kullandıkları temel başa çıkma düzeneklerinden birine (idrara çıkma ihtiyacının “ne zaman ve nerede” olduğunu kontrol etmek için sıvı alımını kontrol etmeye çalışmak) aykırıdır. Bununla birlikte, tedavinin amacı doğrultusunda, giderek artan işeme arzusu, idrar yapma yeteneğinizi ve dolayısıyla bunu yapmadaki başarınızı kolaylaştıracaktır. Sıvı yükleme, UMS için aşamalı üstüne gitme tedavisinde oldukça önemli bir adımdır ve atlanamaz veya bununla bağlantılı egzersizler aza indirilemez.

Herkesin idrara çıkma aciliyetini hissetmek için ihtiyaç duyduğu sıvı miktarının farklı olduğunu unutmayın. Bazı kişilerin çok fazla sıvı içmesi gerekirken, bazılarının çok fazla sıvı içmesi gerekemeyebilir. Tüketeceğiniz sıvı türü tamamen sizin seçimize bağlıdır; parürezisli birçok kişi su, çay ve kahvenin en iyi sonucu verdiğini düşünmektedir. Burada değineceğim iki uyarı notunu zihninizin bir köşesinde bulundurun. Birincisi, kafeinli içeceklerin parürezis üzerindeki etkilerini bilmiyorsanız, en azından başlangıçta bunlardan kaçının. İkincisi, sıvılara aşırı yüklenmeyin. Sizler mesane düzeneğinin en iyi şekilde çalıştığı düzey olan, 10 üzerinden 7 acil durum düzeyine sahip olmaya çalışmalısınız.

Beşinci Adım: Aciliyet Ölçeği Oluşturmak

Çeşitli aciliyet seviyelerindeki başarınızı takip etmek için bir aciliyet ölçeği oluşturmak gerekecektir. Sıvı yüklemesinden sonra, fiziksel idrara çıkma aciliyeti hissinizi derecelendirmek için sıfırdan ona kadar bir ölçek kullanın; “sıfır”, aciliyet olmadığını, “on”, ise aşırı aciliyete eşit olduğunu gösterir. Aciliyetiniz 7 veya üzeri düzeye gelene kadar üstüne gitme egzersizlerinizi denemeyin.

Altıncı Adım: “Arkadaş”

Parürezisi bulunan kişilerin çoğunda rahatsızlıklarını gizleme durumu oldukça yaygındır. Sorunun utanç verici doğası gözönüne alındığında, bu anlaşılabilir bir durumdur. Bununla birlikte, UMS tedavisinde bir eşe veya “arkadaş” sahip olmak çok değerlidir. Bu kişi profesyonel bir terapist ya da güvenilir bir aile bireyi veya yakın arkadaş olabilir. UMS’li başka birini tanıyorsanız, birbirinize arkadaşlık edebilirsiniz.

Arkadaşın rolü basittir. Siz idrarınızı yapmaya çalışırken o, belli mesafelerde (konfor eşliğinizin izin verdiği ölçüde) ve çeşitli tuvalet

ortamlarında yanınızda duracaktır. Arkadaşınızı nerede durması gerektiği konusunda yönlendirebilirsiniz. Aşamalı üstüne gitme yöntemini uygularken, arkadaşınızın hareketlerinin kontrolü sizdedir.

Yanınızda arkadaşınızın olması fikri sizi rahatsız ettiyse, en iyisi yanınızda bir arkadaşınızın olduğunu hayal edebilir veya bir kişinin ara sıra tuvalet kapısının önünden geçtiği sakin genel tuvaletleri seçebilirsiniz. Yakınınızda birlikte pratik yapabileceğiniz biri yoksa Skype, Zoom veya FaceTime gibi uygulamalar aracılığıyla güvendiğiniz bir kişiyle üstüne gitme çalışması yapmayı deneyebilirsiniz (Deneyimlere ve anlatımlara göre, bu yöntemin oldukça etkili olduğu ortaya çıkıyor.) Sanal gerçeklik, yakında bize başka seçenekler de sunabilir.

Aşağıdaki kendi kendine tedavi yönergesinde, bir “idrar yapma arkadaşı” ile çalıştığınız varsayılmaktadır.

Yedinci Adım: Üstüne Gitme Süreci

UMS Egzersizlerine Başlamak

Üstüne gitme terapisi sayesinde, idrarınızı aşamalı olarak daha zorlu yerlerde yapmayı öğreneceksiniz. Üstüne gitme terapinizin başlangıç noktası, başarılı bir şekilde idrarınızı yapabileceğiniz yeri belirlemek olacaktır. Buradaki en önemli ölçüt, kendi kendine tedavi seansınıza, başarılı olabileceğinizden emin olduğunuz bir yerden başlamaktır.

Başarılı olacağınızdan emin olduğunuz çok fazla durum ya da yer olmadığını düşünüyor olabilirsiniz. Sorun değil. Eğer hiç başarılı olamayacağınızı düşünüyorsanız, o zaman sizin için en az zor olan yeri belirleyin ve sorununuz üzerinde çalışmaya bu noktadan başlayın. Örneğin, evde yalnızken başlayabilir ve tuvaleti kullanırken yanınızda duran insanları hayalinizde canlandırabilirsiniz.

Aşamalı üstüne gitme terapisinin temel kavramlarından biri tekrardır. Daha zor bir egzersize geçmeden önce başarılı olduğunuz bir denemeyi iki kez tekrarlamak yararlı olabilir, ancak zorunlu değildir. Başarısız olduğunuzu hissettiğiniz herhangi bir noktada, idrarınızı başarılı bir şekilde yaptığınız son noktaya geri dönün ve iki kez daha başarılı olana kadar o noktada tekrar egzersiz yapın.

Çoğu insan için aşamalı üstüne gitme uygulamasına başlamak için en iyi yer, işeme arkadaşınız dışında tam anlamıyla kendilerine ait olan, evlerindeki tuvalet olacaktır.

Uygun şekilde sıvı yüklemesi yaptıktan sonra, arkadaşınızın kapının dışında sizi rahat hissettirecek bir mesafede durmasını sağlayın. Tuvalet girin, kapıyı sıkıca kapatın ve idrarınızı yapmaya çalışın.

Başarılı olursanız, idrarın yaklaşık üç saniye akmasına izin verin ve ardından akışı durdurun. Bu üç saniyelik sınırın mantığı, idrarınızı tekrarlanan üstüne gitme denemeleri için saklamanız gerekeceğidir. Unutmayın, üstüne gitme seansı birden fazla idrar yapma girişimini içerecektir.

İşemeyi başlatmakta başarısız olursanız, iki dakika boyunca tuvaletin yanında bekleyin. Hâlâ yapamıyorsanız, üç dakika ara verin. Ancak, iki dakikanın sonunda idrarınızı yapmak üzere olduğunuzu hissederseniz, iki dakikadan fazla beklemeyin. Bu ikinci denemeden sonra, başarılı olsun ya da olmasın, üç dakika ara verin. İdrar akışını halen başlatamazsanız, kapıyı açın ve arkadaşınızın kapıdan uzaklaşmasını sağlayın, tekrar kapıyı sıkıca kapatın ve idrarınızı yapmaya çalışın. Seansınız sırasında hâlâ idrarınızı yapamadığınızı farkederseniz, endişelenmeyin. Sadece seansı sonlandırın ve bir veya iki gün sonra tekrar deneyin.

Arkadaşınız kapının dışındayken iki kez başarılı bir şekilde idrarınızı yapabildiğinizde, yaklaşık üç dakika ara verin ve işlemi tekrarlayın. Siz işlemi tekrarlarken; arkadaşınız kapalı kapının hemen dışında olduğu halde bir veya iki kez başarılı bir şekilde idrarınızı yapana kadar arkadaşınızın kapıya doğru yaklaşmasını sağlayarak süreci tekrarlayın. Unutmayın, başka bir duruma geçmeden önce her zaman başarılı olduğunuz noktadan başlamalısınız. Arkadaşınız kapının dışındayken iki kez başarılı bir şekilde idrarınızı yapabildiğinizde, arkadaşınız kapalı kapının hemen dışındayken bir veya iki kez başarılı bir şekilde tekrar idrarınızı yapana kadar arkadaşınızın kapıya doğru yaklaşmasını sağlayarak süreci tekrarlayın. Unutmayın, ikiniz arasındaki mesafenin kontrolü sizdedir. Parürezis bulunan birçok kişi, bir noktada sınırlarının ihlal edildiğini deneyimlemişlerdir ve bu durumdan kısmen sorumlu olabilirler. Arkadaşınızı asla, o anda rahat hissettiğinizden daha yakına getirmeyin. Bu çok önemli bir kuraldır.

Sekizinci Adım: İleri Düzey Derecelendirilmiş Üstüne Gitme Egzersizleri

Arkadaşınız kapalı kapının hemen dışında dururken işeme becerisinde ustalaştıktan sonra, bunu izleyen bir diğer adım, tuvalet kapısını hafifçe açmaktır. Bu noktada, ‘işeme arkadaşınıza’ kapıdan biraz uzaklaşmasını söyleyin. Kapı hafif aralıkken bir veya iki kez başarılı bir şekilde idrarınızı yaptıktan sonra, ‘işeme arkadaşınızı’ aynı pozisyonda kalması ve kapıyı biraz daha açması için yönlendirin. Bu egzersizi tekrarlayın, her seferinde kapıyı biraz daha açarak, ‘işeme arkadaşınız’ uzaktayken ve kapı tamamen açıkken idrarınızı yapabilene kadar devam edin. Unutmayın, her denemeden sonra idrar akışını başlatabilseniz de başlatamasanız da ara vermelisiniz.

Kapı tamamen açıkken ve arkadaşınız uzaktayken idrar yapma becerisinde ustalaştıktan sonra, bir sonraki adım arkadaşınızın kapıya yavaş yavaş yaklaşmasına izin vermektir. Her seferinde birkaç metre yaklaşmak en idealidir. Belirli bir mesafede arka arkaya bir veya iki kez başarılı olana kadar arkadaşınızın size yaklaşmasına izin vermeyin. Siz idrarınızı yapmaya çalışırken adım adım, arkadaşınız tam arkanızda durana kadar denemeye devam edin ve her seferinde arkadaşınızın size yaklaşmasına izin verin.

Arkadaşınız tam arkanızda dururken bir veya iki kez başarılı bir şekilde idrarınızı yapabildiğinizde, idrarınızı yapmaya çalışırken bu kez arkadaşınızın gürültü yapmasını veya sabırsızlandığını belirten yorumlar yapmasını isteyin. Böylesine bir deneyim sizi genel tuvaletlerde karşılaşabileceğiniz kaba davranışlara karşı hazırlamaya yardımcı olacaktır.

Arkadaşınız arkada durup beklerken idrarınızı yapma konusunda ustalaştıktan sonraki son adım, arkadaşınızla birlikte kalabalık olmayan genel tuvaletleri ziyaret etmektir. Parürezisli birçok kişi, kalabalık olmayan ve küçük bir genel tuvalette (tek kabinli ve/veya kapısı kilitli ve tek bir pisuvarı bulunan) idrar yapabildiklerini söylemektedir. Bu nedenle, tek kabinli bir tuvalet olasılıkla aşamalı üstüne gitme egzersizlerini uygulamak için iyi bir başlangıç noktasıdır. Erkekseniz, egzersizleri pisuvarda (eğer varsa) yapmalısınız ancak ilk etapta bu size biraz korkutucu geliyorsa, egzersizleri yapmaya tuvaletten başlayabilirsiniz.

Dokuzuncu Adım: Uçma Zamanı

Arkadaşınızla birlikte sakin ve kalabalık olmayan genel tuvaletlerde birkaç başarılı denemeden sonra artık tedaviyi tamamlamaya hazırsınız demektir. Bir sonraki adım, arkadaşınızla ya da arkadaşınız olmadan yapılabilir. Yani, deyim yerindeyse egzersizlere bir tür “tam-

pon” olarak onunla başlayabilir, daha sonra ise yola onsuz devam edebilirsiniz.

Kendi kendine tedavinin bu noktası size biraz eğlenceli gelebilir. Artık eskiden olduğu gibi idrar yapabilmek için diğer insanların tuvaletten çıkmasını beklemek yerine, ironik bir şekilde insanların tuvalete girmesini beklemek zorundasınızdır ve böylece idrar yapma alıştırmalarını uygulama fırsatını yakalamış olursunuz. Bu noktada en iyi yöntem, hafif ile orta derecede insan akışı olan, genel bir tuvaletin dışında gizlice beklemektir. Birisi tuvalete girdiğinde, tuvalete siz de girin ve diğer kişi çıkmadan önce idrarınızı yapmaya çalışın. Eğer diğer kişi siz idrar yapmaya başlamadan önce tuvaletten çıkarsa, o halde siz de çıkın ve bu kez başka birisinin tuvalete girmesini bekleyin.

Kabinlerde ve diğer pisuvarlarda başkaları varken birkaç kez başarılı olduktan sonra, bir sonraki adım daha kalabalık bir tuvalette idrar yapma egzersizlerini denemektir. Unutmayın! Seçeceğiniz tuvaletlerdeki düzen, insan sayısı ve pisuvar sayıları uygulamalarınızı etkileyecektir. Başlangıçta, kabinlerde pratik yapmaya başlamak isteyebilirsiniz. Bunu başarabildiğinizde ve yanınızdaki kabinde başka birisi olsa bile uygulamalarınıza devam edebildiğiniz takdirde, pisuvarlarda pratik yapmaya başlamanın zamanı gelmiş demektir. Sıralı bir şekilde yerleştirilmiş pisuvarların bir ucunda siz, diğer ucunda ise yabancı birisi olacak şekilde pratik yapmaya başlamanız ve ardından diğer kişinin hemen yanındaki pisuvarı idrarınızı yapabilecek duruma gelene kadar mesafeyi aşamalı olarak azaltmanız gerekebilir. Bu uygulamanın nasıl ilerlediğine ilişkin en önemli ölçütler yeterlilik, yetersizlik ya da bölücü bir şeylerin olmamasıdır. Alışveriş merkezinde, yoğun bir havaalanında, bir spor etkinliğinde, bir konserde, tiyatrodaki veya kampaştaki bir binada idrarınızı yapmayı deneyin. Bu kalabalık ortamlarda idrarınızı yapabilme konusunda ustalaştıktan sonra, tedavinin son aşaması, bakım aşamasıdır.

Onuncu Adım: Sürdürme Aşaması

Tedavinin sürdürülmesi aşaması, diğer insanların da bulunduğu genel tuvaletlerde pratik yapmaya devam etmeyi içerir. Terapistiniz ile gerçekleştirdiğiniz üstüne gitme seanslarını tamamladıktan sonra, en az 30 gün boyunca her gün bir genel tuvalette idrar yapılması önerilir. Otuz günlük deneme süresi sona erdiğinde, mümkün olduğunca diğer insanların yakınında aynı anda idrarınızı yapmak üzere her türlü fırsatı kollamanız sizin için akıllıca olacaktır. Yakın gelecekte de pratiğe devam etmek gerekecektir.

Kendi Kendine Uygulama: Bir Arkadaş Bulamıyorsanız veya Tek Başınaysanız Ne Yapmalısınız?

Bazen bireysel tedavi aramak, bir destek grubu bulmak veya bir parürezis atölyesine katılmak pratik bir çözüm değildir. Yine de iyileşmek için çalışmak istersiniz. Böyle bir durumda, ne yapmalısınız?

Oldukça basit; kendi başınıza pratik yapabilirsiniz. Kitapta listelenen adımları uygulayarak bir davranış planı veya kendinize aşamalı bir düzenleme oluşturabilirsiniz (bkz. Ek-G) ve kendi iyileşme sürecinize başlayabilirsiniz. Hatırlanması gereken en önemli şey, aşağıdakileri içeren bir üstüne gitme hiyerarşisi oluşturmaktır.

Birçok insanın yaptığı en büyük hata, uygulanacak ilk adımın çok zor olduğu ve olumlu bir sonuç elde edilemeyeceği yönünde beklentiler yaratmaktır. Bunun yerine, ilk adım olarak, halka açık bir ortamda idrarınızı yapabileceğinize inanmanız çok daha yararlı olacaktır. Her zaman temkinli davranın. Çünkü bu, işeyebilmek üzere “taban çizginizi” bulmak için zaman harcamaktan çok daha kolaydır.

Pratik yapmaya başlamak için uygun yerler arasında, kahve mekanları veya benzin istasyonları gibi tek kişilik ve kilitli tuvaletleri

olan kafe ve restoranlar vardır. Çoğu kişi için bu yerler, pratik yapma konusunda güven duygusu oluşturur. Tabii ki kapının önünde sizi bekleyen birisinin olduğuna ilişkin zihninizde bir korku oluşturmadığınız sürece. Böyle bir durumda, daha kişiye özel, kilitli bir tuvalet bulmanız gerekebilir. Ayrıca, birçok süpermarket ve hastanede de pratik yapmak için uygun tuvaletler bulunmaktadır. Bunlar, genellikle “yarı özel” genel tuvaletler olarak adlandırılan kategoriye girer.

Son olarak, bir alışveriş merkezine gidin ve oradaki tuvaletlerden işe başlayın ve daha sonra alışveriş merkezi kalabalıklaşmadan yemek alanında bulunan tuvaletleri kullanın. Elbette en büyük zorluk, cumartesi veya pazar öğle yemeği vakti gibi yoğun bir zamanda pratik yapmaktır.

Kendi kendini motive eden herhangi bir kişi, açıklanan planın bazı varyasyonlarını uygulayabilir ve parürezise yönelik iyileşme çalışmalarında “başarılı” olabilir. Elbette, uygulamada birtakım değişiklikler yapılabilir ve IPA internet sitesindeki forumlar bu noktada yararlı olabilir. Genellikle, birisi bir gönderi paylaştığında, insanlar uygulamanızı geliştirmek için neler yapabileceğinize ilişkin yararlı önerilerle size yanıt verecektir.

İronik Süreç

Utangaç mesanenin ne olduğunu anlamak ve onu tedavi etmek için son on yılda geliştirilen en yararlı kavramlardan biri “ironik süreç” kavramıdır (Wegner, 1994). Aslında buradaki anlayış, sorununuzun üstesinden gelmeye ne kadar çok çalışırsanız, sizin için o kadar zor olacağıdır. “Çin parmak kapanı”, bunun nasıl bir durum olduğunu atölye çalışmalarında göstermektedir. İnsanlar parmaklarını kapa- nın içine sokar ve daha sonra parmaklarını çıkarmaya çalışırlar. Ki- şi ne kadar zorlanır veya parmaklarını çekmeye çalışırsa, parmakla-

rın kapandan kurtulması o kadar zorlaşır. Parmak kapanından kurtulmak için, sezgisel olarak parmaklarınızı kapanın içine daha fazla itmeniz ve böylece tuzağı serbest bırakmanız gerekir.

Burada yapılan benzetme çok açıktır. Parürezisin üstesinden gelmek için ne kadar çok mücadele ederseniz, savaş o kadar uzun sürer. İkinci atıştan birinci atışa geçerken tıkanan beyzbol oyuncusu ya da en kolay vuruşları bile yapamayan golf oyuncusu gibi, sahada donup kalırsınız.

Sorunun üstesinden gelmek için, kişi en başta sorunu tamamen kabul etmeli ve ona karşı mücadele etmeyi bırakmalıdır. Bu, alandaki en yeni psikoterapi biçimlerinden bazıları olan Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) (bkz. Hayes, 2005) ve Farkındalık Terapisi (MT) (bkz. Germer ve ark. 2005) ile güzel bir şekilde örtüşmektedir. Budizm'deki bazı düşüncelerden büyük ölçüde yararlanan bu terapilerde amaç, sorunun üstesinden gelmek değil, özünde onunla bir olmaktır. Bunu yapabildiğinizde, mücadele sona erer ve ilerlemeye devam edebilirsiniz.

Elbette bunu söylemek yapmaktan çok daha kolay, özellikle de sadece psikolojik değil aynı zamanda biyolojik bir sorun olan parürezis düşünüldüğünde. Beyin/vücut sorunları üzerine yapılan en yeni araştırmalar, insanların birçok yönden koşullanmış olduğunu göstermektedir.

Birincil ve İkincil Parürezis

Yakın zamandaki ölümüne kadar parürezislilerle çalışmaları ile bu soruna büyük katkı sağlayan Dr. Christopher McCullough (2000), “birincil” ve “ikincil” parürezis kavramlarına açıklık getirmiştir.

Birincil parürezis, nedeni ne olursa olsun tuvalette idrarını yapamama olarak tanımlanır. İkincil parürezis ise, genel tuvaletlerde id-

rarını yapamamanın altında yatan tüm bileşenleri –bilişler, algılar, duygular– kapsar. Tercih edilen tedavi yöntemi ise, aşamalı üstüne gitme terapisi. Buradaki önemli nokta, tuvalet ortamının algısını değiştirmektir ve bu algı, iyileşmeye yardımcı olur.

Bununla birlikte bilişsel-davranışçı terapi, tam olarak ifade ettiği şeydir: Bilişler ve davranışlar. Deneyimsel olarak, parürezisli kişilerin tedavisinde biliş ve algılarda temel bir değişim şarttır, ancak bunları doğrudan ele almaya çalışmak sonuçsuzdur. Parürezis İyileştirme Komitesi içinde bu temel nokta hakkında farklı bakış açıları olsa da, yazarın insanları tedavi etme deneyimlerinden biri, bilişsel/algısal alandaki değişikliklerin genellikle davranıştaki değişiklikleri takip ettiği ve en azından bu sorun için tam tersi olması gerekmediğidir. Parürezis ile ilgili takıntı derecesindeki kaygı ve düşünceleri, “çöp” düşünceler olarak görür. Bu düşüncelere kendinizi kaptırmazsanız, mevcut durumunuzun tedavisine başlayabilirsiniz.

Parürezisi olan destek grubu liderlerimizden birinin kişisel öyküsünü düşünün. Grup lideri iyileşme sürecine ilk girdiğinde “sorunuyla” o kadar meşguldü ki aynada kendi yansımasını gördüğünde bile işlemekte zorlanıyordu. İyileşme süreci ilerledikçe, aralarında bir kumarhanedeki belirli bir tuvaletin de bulunduğu birçok şeyin farkına vardı. Tedaviden önce tuvaleti “tehlikeli” bir yer olarak algıladığını, pisuvarların kumarhane katına çok yakın olduğunu ve kelimenin tam anlamıyla elini pisuvardan uzatıp neredeyse kollu makinelerin kolunu çekebileceğini hissetti.

Uzun süre alıştırmayı yaptıktan sonra, kumarhanenin tuvaletine bir sonraki gidişinde, bu tuvaletle ilgili hatırladıklarının yanlış olduğunu görünce birden irkildi. Tuvalet artık o kadar da tehditkâr görünmüyordu ve kumar makineleri pisuvarlardan oldukça uzaktaydı. Algısal farklılığın nedeni çok açıktı. Bu tuvalete ilk girdiğinde

o kadar aşırı tetikteydi ki algıları çok çarpıtılmıştı. İyileşme süreci ilerledikçe, algıları daha gerçekçi bir hal aldı.

Ortak yazarlardan biri de, atölye çalışmalarında kendi algısal alanındaki değişikliklerle ilgili kendi iyileşme öyküsünü anlatmayı seviyor. Kendisi Maryland'deki Eyalet Fuarı'na gitmişti ve her ne kadar eyalet fuarları, genel tuvaletlerinin kötü durumda olmasıyla meşhur olsa da, oraya vardığında, tuvaleti nasıl kullanacağına ilişkin hiçbir “endişesi” (geçmişte olduğu gibi) yoktu. Daha sonra tuvaleti kullanması gerektiğini farkettiler ve ilk tuvalete doğru yöneldi. Tuvalet kapısının önünde dışarıya kadar uzanan bir sıra vardı ve pisuvarları kullanan erkeklerin omuzları birbirlerine değiyordu. Sırada bekledi ve idrarını yapamayacağını bilmesine rağmen yine de denedi. Bu tam anlamıyla, “hedefi tutturamama” durumuydu. Endişelenmek ya da üzölmek yerine, sakın bir şekilde sıradan çıktı, ilerleyerek koyunları, keçileri ve domuzları geçti ve çok kalabalık olmayan başka bir tuvalet buldu.

Buradaki pisuvarlar oldukça çirkin olsa da (alçak çanak tasarım, bölmesiz), boş bir pisuvar vardı. İçeriye girdi, ayakta durdu, birkaç saniye bekledi, mesanesini boşalttı ve işi bitti. Oldukça basit. Bu süreçte hiç endişelenmedi ve günün geri kalanını keyifli bir şekilde geçirdi. Önceki deneyimlerine göre, kendisinde temel bir değişim meydana gelmişti; fuara gitmeden önce hiçbir ön kaygısı yoktu ve ilk denemesinde idrarını yapamasa bile, fuarırken diğer genel tuvaletleri kullanıp kullanamayacağına ilişkin takıntılı düşüncelere kapılmadı.

İkinci öyküdeki anahtar nokta, idrar yapmanın tamamen normalleşmiş olmasıdır. Endişe, beklenti kaygısı ve korku artık mevcut değildi. Bu noktaya gelebilmek için mücadele etmemiştir; sadece bir aydınlanma yaşamıştı. İşte o anda, parürezisinin artık boynuna sarılan bir albatros olmadığını farkettiler; mevcut sorundan kurtulmuştu.

Bu, her durumda idrarını yapabileceği anlamına gelmese de, anlık sorunuyla endişelenmeden başa çıkma becerisine ve güvenine sahip olduğu anlamına geliyordu.

Kaygı ve Parürezis

Bu nedenle, önemli olan kaygı düzeylerini idrarınızı yapabileceğiniz aralığa düşürmektir. Bu, ilaç(lar)ın kullanımını içerebilir.

Parürezis ile ilgili araştırmalar ve danışan öyküleri devam ettikçe, kaygının baş suçlu olduğu görülmektedir. Ne zaman kaygı düzeyiniz belirli bir düzeyin üzerindeyse, idrar yapmakta daha fazla zorlanırsınız. Sinir sistemi harekete geçerek hem mesanenizi hem de beyninizi etkiler. Kaygınız arttıkça, neredeyse tüm genel tuvaletlerde idrar yapamaz hale gelirsiniz. Adrenalin patlaması ve zihninizdeki takıntılı, tekrarlayan ve işe yaramaz birtakım düşüncelerin birleşmesi, bu işi yapamayacağınızın kesin bir işaretidir. Bu nedenle, önemli olan kaygı düzeyinizi, idrarınızı yapabileceğiniz aralığa düşürmektir. Bu, ilaç(lar)ın kullanımını içerebilir.

Son 15 Yılda Uygulamada Yapılan Değişiklikler

İnsanların zaman içinde nasıl pratik yaptıklarına ilişkin iki önemli gelişme var. Bunlardan ilki, kişinin uygulama yaptığı aciliyet düzeyidir. Genellikle, aşamalı üstüne gitme terapisi ile “Bir” düşük ve “On” yüksek olmak üzere 10 puanlık bir ölçekte yaklaşık 7 aciliyet puanına sahip olana kadar sıvı yüklemesi yapılır. Çoğu insan için bu yöntem işe yarar. Bununla birlikte, burada önemli iki nokta bulunmaktadır:

Birincisi, bazı insanlara daha düşük aciliyet düzeylerinden –diyelim ki 3 veya 4 puandan başlamak gibi– pratik yapmaya başlamak daha kolay gelir. Eğer siz bu kategoriye giriyorsanız, hiç sorun değil; kendi aciliyet düzeyinizi buna göre ayarlayabilirsiniz. Mutlaka,

7 puanlık aciliyet düzeyinden pratik yapmaya başlamanız gerektiğini belirten kesin ve katı bir kural yoktur.

İkincisi, “pes etmemenin” bu uygulamanın alt uygulama sıralamasında olduğunu unutmayın. Yani, aciliyet düzeyi “sıfır” puan olan korkulan bir duruma karşı duyarsızlaştırabilirsiniz. Genel tuvaletleri hiç kullanmayan kişiler için özellikle pis olan bir genel tuvalete girmek bile bazı kişilerde yüksek kaygıya neden olabilir. Öncelikle, herhangi bir tuvalete girme ve sonrasında çıkma alıştırmaları yapın. Ardından, tuvalete girme ve yaklaşık 15 saniye boyunca etrafta dolaşma alıştırmaları yapın. Daha sonra lavaboda ellerinizi yıkamaya, saçlarınızı taramaya ve nihayetinde bir kabine girip değişik süreler boyunca orada kalmaya devam etmeye çalışın. Son olarak, yine acele etmeden, belli zaman aralıklarında pisuvarda durma aşamasına geçebilirsiniz. İkincisini, 5 dakika veya daha uzun süre yapabilmek, parürezis bulunan herkes için faydalı bir egzersizdir.

Yeni ve geliştirilmiş yöntemlerin ortaya çıkmasını sağlayan daha etkili tedaviler olmaya devam edecektir. Belki bazı ek ilaçlar da bu süreçte yardımcı olabilir. Ancak, hiçbir şey iyileşme sürecine başlamanın ve bu sürece bağlı kalmanın, yol boyunca içinde bulunduğunuz duruma ait bazı şeyleri değiştirmenin yerini tutamaz. Bu ister bir yıl ister on yıl içinde olsun, plana/programa sadık kalırsanız eninde sonunda hedeflerinize ulaşır, parürezisin artık hayatınızı etkilemediği bir noktaya gelebilirsiniz. O zaman hayatınıza dikte ettirmek yerine parürezis ile yaşamaya devam edebilirsiniz.

Lütfen, şimdi sizinle paylaşacağım borsa benzetmesini hatırlayın. Kısa vadede ilerleme bazen dramatik bir şekilde yukarı yönlü olabilir, ancak yol boyunca inişler ve çıkışlar olması kaçınılmazdır. Bunlar genellikle küçük sapmalardır, yani iki adım ileri, bir adım geri. Ara sıra derin düşüşler de yaşanmaktadır. Tarihsel veriler, zaman içinde borsanın paranız için en iyi uzun vadeli yatırımlardan

biri olduğunu desteklemektedir. Aynı şey, parürezisten kurtulma konusunda sürekli pratik yapmak için de geçerlidir.

Nefes Tutma Tekniği

Dr. Monroe Weil (2001) tarafından öne sürülen ve idrara çıkma konusunda yardımcı olan “Nefes Tutma Tekniği” basit uygulama şekliyle yanıltıcı olabilmektedir. İfade etmek gerekirse, kişinin yapması gereken tek şey normal bir şekilde nefes alıp verirken, derin bir nefes almak ve sonrasında kademeli bir şekilde yavaşça nefesi vermektir. İşte bu kadar, sade ve basit.

Bu tekniğin zorluğu, kelimenin tam anlamıyla bayılabileceğinizi hissedene kadar nefesinizi tutmaktır. Bu ortalama 30-60 saniye sürüyor gibi görünüyor. Atölye çalışmalarında nefeslerini uzun süre ilk kez tutmayı deneyenlerin yaklaşık yüzde 10-15’i başarıya ulaşılıyor.

Nefesin tutulması, pelvik tabanın tam anlamıyla gevşemesine neden olmaktadır ve daha sonra görünüşte otomatik olarak işeme-ye başlayabilirsiniz. Burada bilinçli bir seçim sözkonusu değildir. Görünüşe göre, kanda ve mesane boynu çevresinde karbondioksitin arttığı bir durum yaratır ve böylece kaslarınız istemsiz olarak gevşer ve/veya kaslarınızı oksijenden yoksun bırakarak aynı etkiyi yaratmış olursunuz.

IPA internet sitesinde (<https://ipatalk.org/>) Nefes Tutma Tekniği’nin nasıl uygulanacağına ilişkin pek çok öneri ve YouTube’da bazı tanıtım videoları bulunmaktadır. Bu tekniği denemeden önce, özellikle kalp hastalığınız varsa, lütfen öncesinde doktorunuza danışın.

Kendi Kendine Kateterizasyon

İnsanların parürezisle başa çıkarak için benimsediği bir başka kesin teknik de kendi kendine kateterizasyondur. Bu yöntem, ilk olarak yazar George Zgourides (1996) tarafından parürezisli kişilere önerilmiştir. Birçok kişi için kulağa korkunç gelse de, aslında uygulaması çok zor değildir; gerçekten acı verici de değildir ve bazı durumlarda, örneğin 12 saat ya da daha uzun süreli uçuşlarda, insanların sahip olduğu tek geçerli seçenektir.

Bazı ruh sağlığı uzmanları, aşamalı üstüne gitme terapisi ile birlikte kullanıldığında kateterlerin ciddi bir etken olabileceğine inanmaktadır. Aşamalı üstüne gitme terapisine başlamadan önce kendi kendine kateterizasyon yapmayı öğrenerek, hem erkek hem de kadının parürezisli bireylerin her zaman güvenli bir “çıkışa” sahip olacağına inanıyorlar. Bu uygulama sayesinde acil servise gitme riski yoktur ve kaygı düzeyi azaltılarak üstüne gitme tekniklerinin etkili olmasına yardımcı olunur. Bu deneyim size, kimsenin dikkat etmediğini veya kimsenin aslında sizi umursamadığını ve sonunda bir felaket yaşanmayacağını öğreterek iki büyük kaygıyı ortadan kaldırır.

Kendi kendine kateterizasyon düşüncesi aşırı ve/veya rahatsız edici görünse de, paraplejili insanlar için günlük ihtiyaçtır. Verilen bilgilere göre bu bireyler, bu uygulamadan büyük ölçüde rahatsızlık duymuyorlar ve mesane enfeksiyonlarına çok fazla yakalanmıyorlar. İdrar yapmak bir zorunluluk veya hayati bir durum olduğunda, - örneğin, uçakta idrar yapma ihtiyacı gibi - o zaman kendi kendine kateterize etmeyi öğrenmek çözüm olabilir.

Bu kitapta kendi kendine kateterizasyon hakkında ayrıntılara girmeyeceğiz. Yine, IPA internet sitesinde çok sayıda bilgi ve çevrimiçi eğitici videolar bulunmaktadır. Ancak şunu şiddetle tavsiye ediyoruz ki, parürezis konusunda bilgili bir ürolog veya üroloji

hemşiresinden randevu almanız ve özellikle bazı eyaletlerde [Birleşik Devletler] kateterler sadece reçete ile edinilebildiğinden, kendi kendinize nasıl kateterizasyon yapacağınızı öğrenmeniz gerekir. Bir doktor veya pratisyen hemşire size uygulamayı kolay ve hızlı bir şekilde öğretebilir ve üretrayı duyarsızlaştırmak için uyuşturucu merhemler reçete edebilir. Birçok ürolog, görünüşte “sağlıklı” insanlara kendi kendilerine kateter takmayı öğretme konusunda titizdir ve sorumluluk alma konusunda endişe duyabilirler. Ancak buna karşın bunu uygulamaya fazlasıyla istekli çok sayıda parürezis dostu olan ve giderek sayıları artan doktorlar vardır. Bir üroloji internet sitesi, uygulama ile ilgili endişe duyan ürologları parürezisin tedavisinin yasal olduğu konusunda eğitebilecek yararlı bir makale içermektedir.

Kendi kendine kateterizasyon herkes (özellikle de yapısal yaralanmaları olan veya mesane enfeksiyonlarına yatkın olanlar kişiler) için uygun değildir. Bazı uzmanlar kendi kendine kateterizasyonu aşamalı üstüne gitme terapisine destek olarak görse de, hiçbir şekilde bu uygulama terapi sürecine dahil edilecek zorunlu bir unsur değildir. Ancak parürezis bulunan kişiler için, seyahatleri sırasında yanlarında bulunduracakları bir kateter kiti, kateterler kullanılsa da kullanılmasa da kişide psikolojik olarak bir rahatlama sağlayabilir.

Son Bir Not: “Sırrın” Gücü

Genel olarak iyileşme süreciyle ilgili olarak tartışılması gereken son şey, “sırrın” ezici gücüdür.

Parürezisli birçok kişi için utangaç mesane, her ne pahasına olursa olsun başkalarından saklanan bir sırdır. Bu sır, sendromun devam etmesine neden olur. Böylesine büyük bir sırra sahip olmak enerjinizi tüketir ve insanların sorununuzu keşfetmemesi için büyük çaba sarf etmenizi gerektirir. Yirmi ya da 25 yıl boyunca çevre-

siyle yakın ilişkilerde olan ancak mevcut sorunu ile ilgili hiçbir paylaşımda bulunmayarak bunu sır gibi saklayan, sonunda ise ya evlilikleri ya da yakın arkadaşlıkları sona eren birçok insan vardır.

Bu sorun ile ilgili daha ne kadar fiziksel, duygusal ve kişisel bedel ödemeye devam edebilirsiniz? Bunun bedeli genellikle çok fazladır. Kişisel iyileşme sürecinin bir parçası da bu sırdan kurtulmaktır. Bu nedenle, arkadaşlarınıza ve ailenize parürezis sorununuzdan söz etme düşüncesi sizi korkutsa da, aslında iyileşme sürecinizde size yardımcı olacaktır. Sorununuzu paylaştığınız kişi ya da kişiler, kim olursa olsun sizinle aynı duyguları paylaşacaktır. Eğer anlattığınız kişi, size sempati duymuyorsa, o halde bu kişilerin gerçek anlamda arkadaşınız ya da dostunuz olup olmadıklarını sorgulamalısınız. Sonuç olarak, bu rahatsızlığı ne kadar çok kişi bilirse, utangaç mesanenin insanların yaşamları üzerinde ciddi etkileri olan gerçek bir sorun olduğu konusunda kamuoyu da o kadar eğitilmiş hale gelir ve bu herkes için faydalı olur.

Utangaç Mesane Sendromunda Aşamalı Üstüne Gitme Terapisi Hakkında Sıkça Sorulan Sorular

Kalabalık tuvaletlerde pratik yapabilecek düzeye gelebilmem için genellikle kaç seans gerekir?

Yazarların klinik deneyimlerine göre, eğitilmiş terapötik yardımla, gereken ortalama seans sayısının 8–12 arasında olduğu belirtilmektedir. Bunların sadece ortalama rakamlar olduğunu unutmayın. Bazı danışanlarımız daha az seansla ilerleme kaydederken, bazıları çok daha fazla seansa ihtiyaç duymaktadır. Burada önemli olan iyileşme için kaç seans gerektiği değil, sizin için hangi hızın rahat olduğudur. Bu yolda ne kadar ısrarcı olursanız, parürezisin üstesinden gelme şansınız o kadar artar. Seans blokları, (örneğin, iki günlük bir süre boyunca toplam dört saatlik iki seans) iyileşme süreci-

ne büyük ölçüde katkı sağlayabilir.

Bu kulağa çok basit ve gerçek olamayacak kadar hoş geliyor.

Bu nasıl mümkün olabilir?

UMS'ye yönelik aşamalı üstüne gitme terapisi, başkalarının önünde idrar yapmanın kişiyi tehdit eden bir durum olmadığı konusunda sinir sistemini yeniden eğitmektir. Şöyle düşünün: Bir zamanlar genel tuvaletlerde idrarınızı yapabiliyordunuz. Sizi tetikleyen bir olay ya da olaylar nedeniyle, beyniniz toplum içinde idrar yapmanıza izin vermemeyi öğrendi. Üstüne gitme terapisinin de bir lisansüstü programı olduğunu düşünün; bu program beyninizi, daha önceden tehdit edici bir öge olarak algılanan bir ortamda idrar yapma eyleminin, normal bir davranış olduğuna ilişkin yeniden programlanmasını sağlar.

Üstüne gitme sürecinin herhangi bir aşamasında, birkaç denemeden sonra idrarımı yapamazsam ne yapmalıyım?

Öncelikle rahat olun. Yalnız değilsiniz! UMS bulunan çoğu kişi, başkaları varken idrar yapmayı yeniden öğrenme konusunda bir adımdan diğerine kolay ve sorunsuz bir şekilde ilerleyemez. Bu nedenle tedavi sürecinde, bir egzersizi bir veya iki kez başarıyla tekrarlayana kadar bir sonraki adıma geçilmemelidir. Bununla birlikte, üstüne gitme egzersizlerinde belli bir noktada “takılırsanız”, bir sonraki adıma geçmeden, takıldığınız noktada birkaç deneme daha yapmanız çok daha iyidir. Ancak bu denemeleri çok hızlı yaparak yeniden bir sonraki aşamaya geçmeye çalışırsanız, yine aynı noktada takılabilirsiniz. Not: Bu öneri, uygulamaya yeni başladığınızda ve tedaviniz ile ilgili başlangıç noktanızı bulmaya çalıştığınızda geçerli DEĞİLDİR.

Tedavideki ilerlemem uzun süre durursa ve herhangi bir deneme durumunda ilerleyemezsem ne yapmalıyım?

Uzun bir süre belirli bir yerde durakladığınızı farkederseniz, önünüzde iki seçenek vardır. Bunlardan birincisi, hedefinize ulaşana kadar, seans seans takılı kaldığınız noktada uygulama yapmaya devam etmektir. Tekrarlanan denemeler sonrasında hâlâ ilerleyemiyorsanız, ikinci seçenek, sürece başka tedavi yöntemlerini eklemektir. Bu tedavi seçenekleri, uzman bir terapist tarafından, mevcut düşüncelerinizi değiştirmek için tasarlanmış Bilişsel Yeniden Yapılandırma ve/veya Gevşeme Teknikleri'ni içerir. (Bu teknikler, 5. Bölüm'de daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır). Tüm bunlara rağmen, ilerlemeniz hâlâ duruyorsa, mevcut durum ile ilgili altta yapan tıbbi bir neden olup olmadığından emin olmak için ikinci bir tıbbi değerlendirme düşünülmelidir.

Bir seans için sıvı yüklemesi yaptıktan sonra tüm seans boyunca idrarımı yapamazsam ne olur?

Böyle bir durumla karşı karşıya kalırsanız, endişelenmeyin. Seans ortamından uzaklaşın ve sizi daha az zorlayıcı bir yere gidin. Örneğin, parürezisli kişiler için genellikle “güvenli” bir yer olan evinizdeki tuvaleti kullanabilirsiniz.

Çok nadir durumlarda –yazarlar, şimdiye kadar böyle bir durumu yaşayan sadece bir danışanla karşılaştıklarını aktarmışlardır– parürezisli kişiler kendi kendilerine uyguladıkları üstüne gitme seansları sırasında veya sonrasında idrara çıkamayabilir ve kendilerini rahatlatamayabilirler. Böyle bir durumla karşı karşıya kalırsanız, bir hastanenin acil servisine gidin ve mesanenizi boşaltmak için bir kateter takmalarını sağlayın.

UMS'ye yönelik aşamalı üstüne gitme terapisi ne kadar etkilidir?

Michigan Üniversitesi Anksiyete Bozuklukları Programı'nda UMS için aşamalı bir üstüne gitme terapisi programı tasarlanmış ve geliştirilmiştir. Bu programda, UMS bulunan erkek danışanların yaklaşık yüzde 75'i, genel tuvaletlerde idrarlarını yapabilme konusunda büyük ölçüde başarı sağlamışlardır. Oniki erkek (grubun % 46'sı) sürekli bir şekilde arkalarında veya yanlarında başkaları varken pisuvara işeyebilmiş; sekiz erkek (% 31) çoğu zaman arkalarında veya yanlarında başkaları varken pisuvara işeyebilmiş; 4 erkek (% 15) ara sıra arkalarında veya yanlarında başkaları varken işeyebilmiş ve 2 erkek (%8) hiç gelişme gösterememiştir. Bu sonuçlara ulaşmak için tamamlanan ortalama seans sayısı, istatistiksel olarak 9'dan biraz fazlaydı. Bir danışanın arkasında veya yanında başkaları varken, idrarını başarılı bir şekilde yapabilmesi için 33 seansa ihtiyacı olmuştur.

Bu gruptaki erkeklerin çoğu, haftada bir seansla tedavi edilmiştir; yüzde 27'si 5 günlük bir süre içinde tamamlanan 9 üstüne gitme seansı ile tedavi edilmiştir çünkü bu kişiler kliniğe şehir dışından katılmış ve bir haftalık yoğunlaştırılmış bir programa gereksinim duymuşlardır. İlginç bir şekilde, şehir dışından gelen parürezisli danışanlar, haftada tek seans terapi alanlara göre benzer bir iyileşme düzeyi elde etmiştir.

Tedavinin bitiminden birkaç ay sonra danışanlarla iletişime geçildiğinde, yaklaşık yüzde 40'ında daha fazla iyileşme olduğu, yüzde 40'ında bir miktar gerileme olduğu, ancak nadiren tedavi öncesine geri dönüldüğü ve yüzde 20'sinde ise tedavi sonunda elde edilen iyileşme düzeyi ile aynı düzeyde iyileşmenin devam ettiği görülmüştür.

Vaka Örneği: Bay C. -

Aşamalı Üstüne Gitme Terapisi Uygulaması

Yazarlarımızdan birinin eski danışanı olan Bay C, 43 yaşında, eşinden boşanmış bir erkektir ve çok başarılı bir eskrim şirketi sahibidir. Kız arkadaşıyla birlikte yaşamaktadır. Kendini bildi bileli yanında başkaları varken pisuvarda idrarını yapmakta zorluk çektiğini belirtmektedir. Kırk yaşına geldiğinde, sorunu daha da kötüleşmiştir. Bu kötüleşmenin, aşırı iş stresi ve bir kayak kazasından kaynaklanan sırt yaralanmasıyla ilgili olduğuna inanmaktadır.

Bay C. kliniğe ilk geldiğinde, kimsenin olmadığı ve hatta herhangi birisinin içeriye girme olasılığının bile olmadığı genel tuvaletlerde hiçbir koşulda idrarını yapamıyordu. Bay C., evden uzak seyahatler, konserler, filmler, spor etkinlikleri ve kadınlarla birkaç saatte fazla süren randevular da dahil olmak üzere birçok durumdan kaçındığını belirtmiştir. Potansiyel müşterilerle buluşmak, genellikle işyerinden belirli mesafelerde bilmediği yerlere gitmeyi gerektirdiğinden işyerinde de sorunlar yaşadığını bildirmiştir. Bay C., işyerinin hemen dışına fazladan ses yalıtımlı özel bir tuvalet yaptırmış ve bu sayede isteyken idrarını yapabilmıştır.

Bay C., iyi bir çocukluk dönemi geçirdiğini belirtmiştir. Birçok arkadaşı olduğunu, sporda ve notlarında başarılı bir öğrenci olduğunu söylemiştir. Üniversitede beyzbol oynamış. Utangaç mesanenin neden olduğu zorluklar dışında, hayatına müdahale eden başka özgül korkularının olmadığını, ancak gerektiğinde ilaç desteği aldığı 15 yıllık bir yaygın anksiyete geçmişi olduğunu bildirmiştir. Kullandığı ilaçlar, genel tuvaletlerde daha kolay idrar yapmasına yardımcı olmamıştır.

Tam bir psikiyatrik değerlendirme yapılmasını izleyerek, Bay C'den bir hafta sonra ilk seans için tekrar gelmesi istenmiştir. İşeme aciliyet düzeyini belirlemek için, seanstan bir saat önce 1 litre su

içmesi söylenmiştir. Bay C kliniğe geldiğinde aciliyet düzeyi, o'dan 10'a kadar olan bir aciliyet ölçeğinde, 11 olarak değerlendirilmiştir. Bay C., üstüne gitme terapisinde kendisine eş olarak uzman bir terapist seçmiştir.

Üstüne gitme terapisti, terapistin koridorda Bay C.'nin kullandığı özel tuvaletin kapısından yaklaşık on metre uzakta, kapı sıkıca kapalı bir şekilde beklemesiyle başlamıştır. Bay C, ilk üç denemede iki dakikalık bekleme süresi içinde idrarını yapamamıştır. Seansın sonunda, terapist yine koridorda kapıdan aynı mesafede bir uzaklıkta beklerken, Bay C. idrarını belirli duraklamalarla yapmayı başarmıştır.

İkinci seanstan sonra Bay C., kapalı tuvalet kapısının hemen dışında terapisti beklerken güçlü bir idrar akışı başlatabilmiştir. Dördüncü seansın sonunda Bay C., terapisti ile birlikte tuvalet kapısından yaklaşık on metre uzakta, kapı hafif aralıkken işemesini başlatabilmiştir.

Beşinci seans sırasında Bay C, aciliyeti güçlü olmasına rağmen hiçbir koşulda işemeyi başlatamamıştır ve bir önceki hafta oldukça stresli olduğunu bildirmiştir.

Yedinci seansa gelindiğinde Bay C., terapisti tam arkasında dururken idrarını yapabilmıştır. Bay C., idrar yapmak için güçlü bir işeme ihtiyacı hissetmediği için sekizinci seansı iptal etmiştir. Dokuzuncu seans, Bay C'nin terapisti tam arkasında dururken, sesli bir şekilde ve aynı zamanda kaygı uyandırıcı yorumlar yaparak birkaç kez başarılı bir şekilde işemeyi başlatmasıyla sona ermiştir. Bu noktada Bay C., hayatında ilk kez mesanesi ile beyini arasında bir "bağlantı" varmış gibi hissettiğini söylemiştir.

10 ile 13. seanslar, izole tuvaletlerde başlayıp, öğle saatlerinde bir kafeteryanın yakınındaki kalabalık bir tuvalette sona eren, işyeri

çevresindeki diğer yerlerde idrar yapmaya çalışılarak geçirildi. On dört ve 15. seanslar, bir üniversitenin öğrenci birliği binasında, öğlen saatlerinde, öğrenci yoğunluğunun en fazla olduğu sırada gerçekleştirilmiştir. Öğrenci birliği binasının tuvaletlerindeki pisuvarlarda arada bölmelerin olmaması, seansları fazlasıyla zorlayıcı kılmıştır. İşyeri ve öğrenci birliği binasında gerçekleştirilen üstüne gitme seansları, sadece birkaç başarısız deneme ile sonuçlanmış ve tüm seanslar ancak başarılı bir denemeden sonra sona ermiştir.

15. seansın sonunda Bay C.'ye ev ödevleri verildi. Ev ödevleri, yakındaki uluslararası havaalanına iki üstüne gitme egzersizi gezisi ve bölgedeki restoran ve alışveriş merkezlerine günlük ziyaretleri içeriyordu. Bay C., ödevleri bir hafta içinde tamamlayabildi ve kusuruza yakın bir performans gösterdiğini bildirdi.

Bay C. daha sonra, su içtikten ve en azından orta derecede bir işeme aciliyet düzeyi elde ettikten sonra günde bir kez genel tuvalete girmek olan sürdürülebilirlik ödevini aldı. Danışanı takip aşamasında, Bay C. "hayatını geri kazandığını" belirtti ve ardından "ilk kez hayatına sahip olduğu" düzeltmesini yaptı.

Özet ve Sonuç

Derecelendirilmiş üstüne gitme terapisi, parürezisli kişilerin UMS belirtilerinin üstesinden gelmek için kullanabilecekleri değerli bir terapötik yöntemdir ve diğer terapi biçimleriyle birlikte kullanılabilir. Derecelendirilmiş üstüne gitme teknikleri bireysel olarak, bir grup içinde ve/veya bir arkadaşla yapılabilir. Kendi kendine tedavi uygulaması, bireyselleştirilir ve kişinin derecelendirilmiş üstüne gitme düzeylerindeki başarılarına göre ilerler. Mevcut veriler, derecelendirilmiş üstüne gitme terapisinin UMS'li danışanların yaklaşık yüzde 75-80'inde başarılı olduğunu göstermektedir.

Bilgili uzmanlardan yardım ve destek almak, parürezisin üstesinden gelmek için çok önemlidir. Bu veya başka herhangi bir fobiyi etkili bir şekilde tedavi etmek için, hem kişinin motivasyonunu hem de bu özel fobinin kaçınma bileşenini dikkate almak önemlidir. Bu sorunun, “kaçınmacı parürezis” olarak bilinmesinin bir nedeni vardır. İster bir terapistle özel seanslar, ister günlük hayatınızda “ev ödevleri” ve/veya parürezis atölyelerine katılarak verilen uygulamaları yapmazsanız, ilerleme kaydedemezsiniz. Uluslararası Parürezis Birliği (IPA) destek grubu liderlerinden birinin bir defasında söylediği gibi: “Kaçınmayı bırakın, işlemeye başlayın.”

Kabul etmek gerekir ki, kişinin hayatında önemli değişiklikler yapması çok zordur. Bu, ister kilo vermek, ister sigarayı bırakmak ya da parürezisten kurtulmak olsun, çok zor bir iştir. Bu etkenler göz önüne alındığında, çoğu insanın parürezisten kendi başına başarılı bir şekilde kurtulamaması şaşırtıcı değildir.

Bununla birlikte, parürezisi başarılı bir şekilde ele almanın kilit noktası, “eğer” değil, “nasıl” öncülünden başlamaktır. İyileşme konusundaki kararlılık, atılması gereken adımlara adanmışlık ve iyi bir destek ağı ile parürezis artık hayatınızı kontrol etmeyecektir.

Derecelendirilmiş üstüne gitme terapisine ek olarak, destekleyici terapiler ve akran yardımı da yararlı olabilir. UMS'den yakınıyorsanız, bilişsel yeniden yapılandırma terapisi, gevşeme teknikleri, destek grupları ve 12 adımlı programlar, yakınmalarınızı yönetme ve ortadan kaldırma arayışınızda size büyük ölçüde yardımcı olabilecek kaynaklardır.

Bilişsel Yeniden Yapılandırma Terapisi

Bilişsel yeniden yapılandırma terapisi, öncelikle bir kişinin endişe duyduğunda bununla bağlantılı olarak ne düşündüğü ile ilgilidir. Terapi, çarpıtılmış, yanlış düşüncelerin tanımlanmasını ve bu düşüncelerin daha gerçekçi öz anlatımlarla değiştirilmesini içerir. Bu terapi oldukça yararlıdır çünkü parürezisli kişiler genel tuvaletlerde idrar yapma olasılığıyla karşı karşıya kaldıklarında genellikle yanlış ve gerçekçi olmayan düşüncelere kapılırlar. “Pisuvardayken herkes beni izliyor”, “İdrarımı yapamazsam çok kötü olacak”, “Başarısız olacağımı biliyorum”, “Çok güçsüz bir insanım” ve “İdrarımı yapmadığım için herkes tuhaf olduğumu düşünüyor” gibi düşünceler, çok yaygın düşüncelerdir. UMS bulunan çoğu kişi, bu tür düşünceleri olduğunu kabul eder ve hatta gerçekçi olup olmadıklarını araştırmadan, bu düşüncelere karşı inanç geliştirirler. Bu uygulamalara

ve bilişsel yeniden yapılandırma terapisine iyi bir giriş için Wright ve meslekdaşlarının (2006) kaynaklarını inceleyebilirsiniz.

UMS için bilişsel terapidaki ilk adım, idrarınızı yapmaya çalışırken hatta genel tuvaletleri kullanmayı düşündüğünüzde aklınızdan hangi düşüncelerin geçtiğini belirlemektir. Çarpıtılmış düşüncelerinizin neler olduğunu, genel bir tuvalete giderek ve ardından düşüncelerinize odaklanarak ya da yakın zamanda sizi oldukça zorlayan bir durum sırasında zihninizde hangi düşüncelerin olduğunu hatırlamaya çalışarak belirleyebilirsiniz. (Dördüncü Bölüm’de yer alan UMS geçmişinizdeki 20. ve 21. sorulara verdiğiniz yanıtları yeniden gözden geçirebilirsiniz, bkz. s. 66). Düşüncelerinizi tanımlamakta zorlanıyorsanız, bilişsel yeniden yapılandırma terapisi konusunda eğitilmiş bir terapistten veya çarpıtılmış düşüncelerin değiştirilmesi konusunda uzmanlaşmış birinden yardım almayı düşünebilirsiniz.

“İdrarımı yapamazsam felaket olur” gibi yanlış bir düşüncenizi belirledikten sonra, işiniz bu düşünceye karşı kanıt bulmaktır. Daha sonra bu kanıtı, idrar yapma konusunda zorlandığınız bir durumda oraya çıkan yanlış düşüncenize karşı koyabilmek için kullanabilirsiniz. Başka bir deyişle, herhangi bir genel tuvalete girdiğinizde, bilinçaltınızın size sunduğu olumsuz düşünceyi ortadan kaldırmak üzere bilinçli bir şekilde bu düşünceye karşı koyabilirsiniz.

Çarpıtılmış düşünceleri ortadan kaldırmak için kullanılabilecek bir kanıt kaynağı da kendi deneyimlerinizdir. Örneğin, “İdrarımı yapamazsam bu bir felaket olur” şeklinde düşünüyorsanız, idrar yapmamak kuşkusuz rahatsız edici olsa da, bu tür başarısızlıkların “felaket” düzeyine ulaşmadığını farkedin. Çarpıtılmış düşüncelerinizden biri “Etrafımdakiler, idrar yapmakta zorlandığımı görüyorlar” ise, birinin gerçekten idrar yapamadığınızı farkettiği ve ardından sizi eleştirdiği bir örneği tanımlamaya çalışın. Parürezisli kişi-

lerin çoğu, etrafta idrar yapamadıklarını farkedene birilerinin olması bir yana, bunu önemsediklerine ilişkin bile kanıt gösteremezler. Nadiren de olsa herhangi bir kişi, içinde bulunduğunuz durumu fark etmiş ve bununla ilgili size bir şey söylemişse, böyle bir yorumun o kişinin kabalığının bir yansıması olduğunu kendinize hatırlatın. Bir atölye çalışmasında, bir katılımcıya eşlik eden ve parürezisi olmayan bir kişi şu ifadeleri kullanmıştır: “Eğer diğer insanları ve onların tuvalette nasıl idrar yaptıklarını düşünmeye başlarsam, onlar için değil kendim için endişelenirim.”

Yanlış düşüncelerinize karşı koymada son derece yardımcı olan bir başka bilgi kaynağı da, parürezis bulunan diğer insanların deneyimleridir. Başkalarının yanında idrar yapamamakla ilgili korkunç sonuçlar son derece azdır. Buradaki en kötü senaryo, eğer birisi size kendinizi kötü hissettirecek bir şey söylerse, bu sadece utanç verici bir durum olacaktır. Bu bir felaket değildir. Dünyanız sona ermeyecektir sadece utanç verici olan bu durum sona erecektir.

Üçüncü bir yararlı bilgi kaynağı da, davranışçı deneylerin kullanılmasıdır. Davranışçı deney, belirli bir davranışı gerçekleştirmek için kontrollü bir şekilde karar vermek ve ardından bu davranışa verilen tepkiyi gözlemlemektir. Parürezisli erkekler için davranışçı bir deney, genel bir tuvalete girmek ve idrar yapmadan sadece pisuvarın önünde durmak olabilir. Etrafınızdakilerin sizi farkedip etmediklerini ve farkedelerse içinde bulunduğunuz durumu umursayıp umursamadıklarını görmek için onları gözlemleyin.

İdrarınızı yapmadan uzun süre pisuvarın önünde durma konusunda yeterince pratik yaparsanız, etrafınızdaki kişilerin dikkatlerinin gerçekten de üzerinizde olmadığını keşfedeceksiniz. Çoğu insanın endişelenmesi gereken başka şeyler vardır. Kendileri işlemek de dahil! Bir kişi, davranışçı deneyin bir parçası olarak, idrar yaparken sorun yaşadığını yüksek sesle söylemenin oldukça yararlı oldu-

ğunu belirtmiştir. Yanıt olarak duymayı beklediğinin tersine, tuvaletteki pek çok kişi kendilerinin de zaman zaman bu sorunu yaşadıklarını söylemişlerdir!

Bir başka davranışçı deney de, bir arkadaştan yardım almaktır. Siz idrarınızı yapmaya çalışırken, arkadaşınızın da yanınızda durup, hiçbir şey yapmadan sizi beklemesine diğer insanların ne şekilde tepki verdiklerini gözlemleyin. Bu deney, etrafınızdakilerin size pek de dikkat etmediklerini görme şansı verecektir. Tüm bu deneyimler, etrafınızdakilerin idrar yapma ile ilgili sorunlarınızı farkedip etmedikleri konusunda kendinizi aşırı endişeli bulduğunuz diğer durumlarda da size yardımcı olacaktır.

Genel tuvaletlerin kullanılması ile ilgili yaşanan sorunların da ötesine geçen, “Ben güçsüz bir insanım”, “Ben bir ucubeyim”, “Çok uzun sürerse, etrafımdakilerden biri benim eşcinsel olduğumu düşünecek” veya “Böyle bir sorunum olduğu için hayatım tamamen mahvoldu” gibi çarpıtılmış düşünceler yaşayan parürezisli kişiler için de aynı bilişsel yeniden yapılandırma terapisi uygulanabilir. Olumsuz çarpıtılmış düşünceleri, size biraz olsun bakış açısı kazandıracak kanıtlarla çürütün.

Olumsuz düşünceler kendi başınıza üstesinden gelemeyeceğiniz kadar güçlüyse, bilişsel terapi konusunda eğitim almış bir uzmandan yardım alabilirsiniz. Bazen ilaçlar da, bu tür düşünceleri sona erdirmeye veya ortadan kaldırmaya yardımcı olabilir.

Bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri, parürezis için birincil bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilmemiş veya kanıtlanmamış olsa da, özellikle tek başına derecelendirilmiş üstüne gitme tekniklerinde başarılı olamadıysanız, bu terapi yöntemi ile birlikte kullanıldığında sizin için çok yararlı olacak bir yöntemdir.

Uygulamalı Gevşeme Terapisi

Uygulamalı gevşeme terapisi, Ost (1987) tarafından geliştirilmiş bir yöntemdir. Nasıl rahatlanacağını öğrenmeye yönelik sistematik ve aşamalı bir yöntemdir ve bazı parürezisli kişiler için yararlı olmuştur. Bilişsel yeniden yapılandırma terapisinde olduğu gibi, uygulamalı gevşeme terapisinin birçok anksiyete sorunu için yararlı olduğu gösterilmiş olsa da, parürezise yönelik resmî olarak kanıtlanmış bir tedavi biçimi olmadığını belirtmek gerekmektedir. Bununla birlikte klinik çalışmalar, uygulamalı gevşemenin değiştirilmiş bir versiyonunun, tek başına işe yaramadığında aşamalı üstüne gitme tekniklerine iyi bir tamamlayıcı terapi olabileceğini göstermektedir. Bu teknikler, genel tuvaletlerde dışkılama zorluğu yaşayanlar için de faydalı olacaktır.

Uygulamalı gevşeme yönteminin birkaç adımı vardır:

Birinci Adım: Kaygının Farkında Olmak

Uygulamalı gevşeme terapisinin ilk adımı, kaygının erken belirtilerine karşı duyarlı olmaktır. Parürezisi olan biri olarak, idrar yapma ile ilişkili kaygının ilk belirtilerini izlemelisiniz. Bu farkındalık, daha sonra gevşemeye başlamak için bir ipucu görevi görür. İdrar yapma ile ilgili kaygının, yazılı bir kaydını tutmak yararlıdır. Örneğin, mesaneniz çok dolu olduğunda ve evden uzakta bir yerde olduğunuzda endişeli hissettiğinizi not edebilirsiniz.

İkinci Adım: Kas Gerginliği ve Gevşeme

Uygulamalı gevşeme terapisinin, ikinci adımı fiziksel gevşeme tekniğidir. Bir kas grubunu dönüşümlü olarak gererek ve gevşeterek, gevşeme durumu ile kas gerginliği arasındaki farkı bilinçli olarak nasıl ayırt edeceğinizi öğrenmelisiniz. Bu egzersizi, aşağıdaki yönergelere göre uygulayabilirsiniz:

1. Uzanın ve gözlerinizi kapatın.
2. Ellerinize odaklanın. Ellerinizi 5–10 saniye boyunca gerin ve ardından 5–10 saniye boyunca gevşetin.
3. Ön kollarınızdaki kaslara odaklanın. Bu kasları 5–10 saniye boyunca gerin ve ardından beş ila on saniye boyunca gevşetin.
4. Üst kol kaslarınıza odaklanın. Bu kasları 5–10 saniye boyunca gerin ve ardından 5–10 saniye boyunca gevşetin.
5. Alnınızdaki kasları, 5–10 saniye boyunca gerin ve gevşetin. Aynı işlemi, gözlerinizi kısarak, burnunuzu kırıştırarak ve çenenizi sıkarak tekrarlayın.
6. Aynı şekilde boynunuzda, omuzlarınızda, karnınızda, belinizde, kalçalarınızda, üst bacaklarınızda, alt bacaklarınızda ve son olarak ayaklarınızda ki kasları 5–10 saniye boyunca gererek ve ardından gevşeterek tekrarlayın.

Burada, farkedilebilir derecede bir gerginlik oluşturmak önemlidir ancak bu germe işlemi, ağrı veya yaralanma derecesinde olmamalıdır. Herhangi bir kas grubunuzu germek belirgin bir ağrıya neden oluyorsa, bu adımı atlayın ve bir sonraki kas grubuna geçin.

Bu egzersizin tamamlanması genellikle yaklaşık 20 dakika sürer. Bazı kişiler, bu tekniği uygularken şelale sesi veya okyanus dalgaları gibi doğa sesleri içeren müzikleri dinlemenin yararlı olduğunu bildirmektedir. Bu egzersizi iki hafta boyunca her gün yapmalısınız.

Üçüncü Adım: Yalnızca Serbest Bırakma Aşaması

Bir sonraki adım, önceki egzersizin daha kısa bir versiyonu olan sadece serbest bırakma aşamasıdır. Üçüncü adımdaki amaç, egzersizin gerginlik kısmını durdurarak gevşemek için gereken süreyi daha da kısaltmaktır. Önce germek ve sonra gevşetmek yerine, kas

gruplarını teker teker gevşetmeye odaklanın. Bu aşamanın tamamlanması, yaklaşık 7–10 dakika sürmelidir. Belirli bir kas grubunu gevşetmekte zorlanıyorsanız, gevşeyene kadar ikinci adımda yaptığınız gibi bir germe işlemi uygulayabilirsiniz. Terapide bu adımı, iki hafta boyunca her gün uygulamak çok yararlıdır.

Dördüncü Adım: İpucu Kontrollü/Koşullu Gevşeme

İpucu kontrollü gevşeme veya koşullu gevşeme, bir sonraki adımdır. Buradaki amaç, rahatlama durumuna ulaşmak için gereken süreyi daha da kısaltmaktır. Bu aşama, “rahatla” yönergesini kullanarak rahatlamayı öğrenmeye odaklanır. Kişi, bunu aşağıdaki adımları izleyerek başarabilir:

1. Her alıştırma seansına, kendinizi rahat hissedene kadar sadece serbest bırakma tekniğini kullanarak başlayın.
2. Nefes alış verişinize odaklanın. Derin nefesler alın ve tam nefesinizi bırakmak üzereyken, gerginliğin vücudunuzu terketmesine izin verin ve kendinize “rahatla” deyin.
3. Her nefeste, gerginliğin vücudunuzdan kademeli olarak serbest bırakıldığını hayal etmeye çalışın.
4. Belirli bir kas grubunun gergin olduğunu farkederseniz, ona odaklanın ve o bölgedeki gerginliği yavaş yavaş gidermeye çalışın.

İki hafta boyunca, günde birkaç kez işaret kontrollü gevşeme alıştırmaları yapmalısınız.

Beşinci Adım: Hızlı Gevşeme

Tedavinin hızlı gevşeme olarak adlandırılan bu sonraki adımında, daha önce belirlediğiniz kaygı tetikleyici düşüncelerinizi, kısa bir gevşeme durumunu başlatmak için bir sinyal olarak kullanın. Kaygınızın arttığını farkettiğinizde, 1–3 saniye arasında derin bir

nefes alın ve ardından nefes vermeden önce “rahatla” sözcüğünü düşünün. Bunu yaparken zihinsel olarak vücudunuzu gerginlik açısından tarayın ve mümkün olduğunca rahatlamaya çalışın.

Altıncı Adım: Uygulama Eğitimi

Uygulamalı gevşeme tekniğindeki son aşama, uygulama eğitimi olarak adlandırılır. Bu aşama, uygulamakta olduğunuz gevşeme becerilerinizi genel tuvaletlerin kullanımında uygulamanızı sağlar. Tuvalete yaklaşmaya başladığınız andan, uygulama denemenizin sonuna kadar, kaygınızı kontrol altında tutmak için hızlı gevşeme tekniğini kullanın. Buradaki amaç, üzüldüğünüzü belirten ilk işarete gevşeme tekniklerini kullanmaktır. Vücudunuzda gerginlik olup olmadığını tarayın ve gerginliği, Beşinci Adımda açıklanan hızlı gevşeme yöntemine başlamak için bir sinyal olarak kullanın. Konsantrasyonunuzu, beden taraması sonucunda belirlediğiniz gerginlik durumunu serbest bırakmaya odaklayın. Gerginliği serbest bırakmakta zorlanıyorsanız, İkinci Adımda açıklanan bilinçli germe ve gevşeme yöntemini kullanın.

İki Kısa Gevşeme Egzersizi

Bazı kişiler, tuvalete gitmeden önce kaygı düzeylerini azaltmak üzere gevşeme teknikleri uygulamayı yararlı bulabilir. Sadece kaygınıza odaklanmak ve onu, gerçek dışı olarak etiketlemek ve ardından derin nefes almak, vücudunuzun idrarınızı yapabilecek kadar rahatlamasına yardımcı olabilir.

Genel bir tuvalete girmeden önce, rahatlamak ve sakinleşmek için kendinize zaman ayırmak çok yararlı olabilir. İşte, yaklaşık on dakika süren iki hızlı rahatlama yöntemi. Bu yöntemi daha ayrıntılı bir şekilde incelemek için, Johnson’ın (1997) kaynağını inceleyebilirsiniz. İlk egzersizden, yönergeleri cep telefonunuza kaydederek ve gerektiğinde tekrar oynatarak yararlanabilirsiniz:

1. Rahatlayın.
2. 10'dan 0'a, geriye doğru sayın. Nefesinizi verirken, sessizce her rakamı söyleyin. Saydıkça daha fazla gevşeyecek ve gevşeme halinin daha da derinlerine ineceksiniz. Sıfıra ulaştığınızda tamamen rahatlamış olacaksınız.
3. Giderek, daha da rahatlamış olduğunuzu farkedecek ve gerginliğin vücudunuzdan çıktığını hissedeceksiniz. Oyuncak bir bez bebek kadar gevşemiş olacaksınız. Gerginliğiniz giderek azalıyor. Çok rahatsınız.
4. Şimdi her nefeste daha derine dalın, daha derine ve daha derine. Bedeninizin her yerinde derin bir gevşeme hissedin ve gevşemeye devam edin. Şimdi daha derinden gevşeyerek, duygusal bir sakinlik hissetmelisiniz: Sakin ve dingin duygular, emniyet ve güvenlik hisleri, sakinlik ve huzur.
5. Sessiz bir iç güven ve kendiniz ile ilgili iyi bir duygu edinmeye çalışın ve rahatlayın.

Rahatlama sonucu elde ettiğiniz duygular üzerine bir kez daha çalışın. Kaslarınızın devredışı kalmasına izin verin; her şey hakkın-da iyi hissetmeye çalışın. Sakin ve dingin bir ortam, kendinizi daha sakin ve huzurlu hissetmenizi sağlar.

Birkaç dakika boyunca rahatlamaya devam edeceksiniz. Tekrar başlamanızı söylediğimde 1'den 3'e kadar sayın, derin bir nefes alın ve nefesinizi alırken her rakamı içinizden sessizce söyleyin. 3'e geldiğinizde gözlerinizi açın. Gözlerinizi açtığınızda kendinizi rahatlamaya başladığınız yerde bulacaksınız. Çevre daha yavaş ve sakin görünecektir. Daha rahat ve huzurlu olacaksınız. Şimdi 1'den 3'e kadar sayın.

Aşağıdaki “derin nefes alma” egzersizine ait ayrıntılara Davis, Eshelman ve McKay’in (1995) kaynaklarından ulaşabilirsiniz. Bu egzersiz çeşitli şekillerde uygulanabilse de, aşağıdaki yönergeler önerilmektedir:

1. Yerdeki bir battaniye veya kilimin üzerine sırt üstü uzanın. Dizlerinizi bükün ve ayak parmaklarınız hafifçe dışa dönük olacak şekilde ayaklarınızı yaklaşık yirmi santim aralıklarla hareket ettirin. Bunu yaparken sırtınızın düz olduğundan emin olun.
2. Gerginliğinizi belirlemek için beden taraması yapın.
3. Bir elinizi karnınızın üzerine, diğer elinizi de göğsünüzün üzerine koyun.
4. Karnınızın üzerinde duran eliniz yukarıya doğru gözle görülür bir şekilde hareket edene kadar burnunuzdan yavaşça ve derin bir nefes alın. Göğsünüz sadece çok az ve sadece karnınızla birlikte hareket etmelidir.
5. Dördüncü adım sonrasında kendinizi rahatlamış hissediyorsanız, hafifçe gülümseyin, burnunuzdan nefes alın ve ağzınızdan verin. Nefesinizi verirken hafifçe, rüzgâr gibi sessiz, rahatlatıcı, ılık sesi gibi bir ses çıkarmaya çalışın. Ağzınız, diliniz ve çeneniz gevşeyecektir. Karnınızı yukarı ve aşağı hareket ettirerek, yavaş ve derin nefesler alın. Giderek daha da rahatlayacaksınız, rahatladıkça nefesinizin sesine ve size verdiği hisse odaklanmaya çalışın
6. Birkaç hafta boyunca günde bir veya iki kez, her seferinde yaklaşık 5 veya 10 dakika derin nefes alma tekniklerini uygulamaya devam edin. Daha sonra isterseniz, bu süreyi 20 dakikaya kadar uzatabilirsiniz.

7. Her derin nefes alma seansının sonunda, gerginliğinizi belirlemek üzere beden taraması yapmanız için kendinize biraz zaman ayırın. Egzersiz sonrasında hissettiğiniz gerginliği, başladığınızda hissettiğiniz gerginlik seviyeniz ile karşılaştırın.
8. Karnınız yardımıyla nefes alıp verme adımında rahatlatma sağladıktan sonra, ister otururken ister ayaktayken, istediğiniz zaman bu uygulamayı yapabilirsiniz. Karnınızın yukarı ve aşağı hareketine, havanın ciğerlerinize girip çıkmasına ve derin nefes almanın size verdiği rahatlatma hissine odaklanın.
9. Gerildiğinizi hissettiğinizde, bu derin nefes alma tekniğini kullanabilirsiniz.

Dikkat Dağıtma Teknikleri

Parürezisi olan bazı kişiler, her ne kadar genel tuvaletleri kullanmaya çalışırken dikkat dağıtma tekniklerinin kullanılmasının çok yararlı olduğunu belirtse de (sayı saymak, saate bakmak ve/veya musluk suyundan gelen suyun sesini dinlemek gibi), kısa erimde olumlu sonuçlar vermesine rağmen, uzun erimde bu tekniğe güvenmek olumsuz sonuçlara neden olabilir. Kaygı düzeyinizi arttıran bir durumla karşı karşıyaysanız, bu teknik işe bile yaramayabilir. Dikkat dağıtma tekniklerinin, artık hızlı bir şekilde sonuç vermedikleri de yaygın olarak bildirilmektedir.

Daha da önemlisi, bu teknik aşamalı üstüne gitme terapisini de olumsuz yönde etkileyebilir ve aslında bu terapinin ilerlemesini engelleyebileceğine ilişkin önemli kanıtlar vardır. Derecelendirilmiş üstüne gitme terapisi, UMS'ye yönelik uygulanabilecek en iyi tedavi yöntemidir ve dikkat dağıtma teknikleri önerilmemektedir. Bununla birlikte, çok fazla uygulanmazsa, “hayatta kalma” teknikleri başlığı altına girebilir ve/veya derecelendirilmiş üstüne gitme terapisi sırasında geçici bir önlem olarak kullanılabilir.

Amerikan Yaratıcılığı

Derecelendirilmiş üstüne gitme terapisi, ne kadar başarılı olsa da işe yaramadığı zamanlar da vardır. Bir uzmandan yardım alma, derecelendirilmiş üstüne gitme ve gevşeme terapileri, ilaçlar, biofeedback, psikoanaliz de dahil olmak üzere hiçbir şey işe yaramadığında, bu kez yaratıcılık ve Amerikan yaratıcılığı devreye girer. Bilinen tüm tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen parürezisli bir kişinin yaşam tarzı ile bağlantılı gereksinimleri incelendiğinde, bazen bu kişi için en iyi tedavi yöntemi kendisi ile en uyumlu olanıdır.

Örneğin, Zgourides’in bir zamanlar hangi tedaviyi denerse dene-sin, hiçbir şekilde başarı elde edemeyen bir danışanı vardı. (biz, ona “John” diyeceğiz). John’un yaşam tarzı ve UMS ile ilgili yaşadığı en büyük sorun gözden geçirildiğinde, en büyük yakınmasının işiyle ilgili uzun yolculuklarda idrarını yapamamak olduğu görüldü. John, bazen idrar yapamadan 10–12 saat araba kullanmak zorunda kalmıştı.

Biraz araştırma yaptıktan sonra Dr. Zgourides ve John, onun kamyonetinin arkasına takmak üzere küçük bir karavan satın alma fikrini ortaya attılar. Bunun üzerine John, kapısı kilitlenebilir ve içe-risinde tuvaleti bulunan ucuz bir karavan buldu. Bugün John, ülke-nin dört bir yanına seyahat ediyor, endişe duymadan kahvesini ve sodasını içiyor ve karavan tuvaletini kullanması gerektiğinde yol ke-narlarında yer alan parklarda duruyor.

Size, bir örnek daha. Buna “patronunuzun kafasına işeme” tek-niği diyeceğiz. Bir kişi, bir yazar arkadaşına, patronu tuvaletteyken idrarını yapamadığı için çok fazla sinirlendiğini ve o öfkeyle patro-nunun kafasına işediğini hayal ettiğini anlatmıştır. Bu örnek, muh-temelen “beyinde kortikal kayma” durumunu akla getirmekteydi; Aşırı imgeleme bizi, beynimizin bir alanından (idrar yapma davra-nışının bloke olmasına yardım eden alan) çıkarıp “sihirli bir şekil-

de” idrar yapma yeteneğimizin kilidini açan beynin diğer alanına sokar. Bu, muhtemelen daha fazla araştırma yapmaya değer.

Sürdürme Tedavisi

UMS ile başa çıkmak için kendilerine uygun bir terapi yöntemi seçtikten sonra, parürezisi olan bireyler mevcut sorunları ile bağlantılı “başarıları” ve “başarısızlıkları” hakkında bir grup dahilinde paylaşım yapmaktan yarar sağlarlar.

Sürdürme terapisi, bu tür bir destek ihtiyacını fazlasıyla karşılar. UMS inatçı bir sorun olduğundan, elde edilen kazanımlar uygun idame terapileri olmadan kaybedilebilir. Parürezisli bazı kişiler, terapiye yılda birkaç kez gibi oldukça seyrek aralıklarla katılırken, diğer kişiler nüks olduğunda terapistleriyle iletişime geçer. Diğer terapi temelli tedavilerde olduğu gibi, danışanlar ve terapistler, sürekli ve duruma bağlı destek de dahil olmak üzere nüks önleme programının anahatlarını belirlemelidir.

Destek Grupları

Destek grupları, parürezisli kişiler için paha biçilmez bir rahatlık ve güvence kaynağı olabilir. UMS’nin önemli bir bileşeni gizlilik ve bu nedenle, UMS ile bağlantılı yaşananları nihayet anlayan ve daha da önemlisi UMS ile yaşamının ne olduğunu bizzat bilen kişilerle paylaşımında bulunma sonucunda elde edilebilecek rahatlama, bu fobiye yenmeye yönelik çalışmalarda çok önemli bir yardımcı olabilir. Destek grubunda yer alan kişilerin ortak deneyimleri, UMS’nin daha iyi anlaşılmasını sağlar. Başkalarının da UMS ile bağlantılı öykülerini dinleyerek kazanılan bakış açısı, buna sahip olan tek kişinin siz olmadığınızı, deli, zayıf veya tuhaf olmadığınızı ya da herkesin içinde idrarınızı yapamadığınız için kusurlu bir insan olmadığınız anlayışını pekiştirir.

Aynı zamanda, bu sorun ile ilgili neyin işe yarayıp, neyin yaramadığına ilişkin yapılan paylaşımlar, sizin için de işe yarayabilecek tedavi yöntemleri ya da uyuma yönelik bakış açıları sağlayabilir. Parürezisi olan diğer kişilerle bağlantı kurmak, Dördüncü Bölüm’de açıklanan kendi kendine tedavi tekniklerini uygulayabilmek için harika bir yoldur.

Şu anda, parürezisli insanlar için dünya çapında birçok destek grubu bulunmaktadır. Uluslararası Parürezis Birliği, destek gruplarının güncel bir listesini tutmaktadır (<https://paruresis.org/supportgroups/>). Birlik, ayrıca bir parürezis destek grubu kurmak için ayrıntılı bir “nasıl kurarım” kılavuzu yayımlamıştır. Ayrıca, bazı terapistler çalıştıkları şehirlerde ücretli olarak destek gruplarına liderlik etmektedir.

Bir destek grubu oluşturma girişimi, zor bir ilk adımdır. Yine de, parürezis sorunu yaşayan diğer insanlarla bağlantı kurmak, eninde sonunda yaşanan sıkıntıların herkes adına azalmasına yardımcı olur. Bir danışan, bir destek grubuna “Adsız Alkolikler” (AA) modeline dayalı bir “12 adım” programı ile yaklaşılmasını savunmuştur:

“Bu şekilde yaşamaya devam edip edemeyeceğimden emin olmadığımı farkettim.

“Belki de bu, çoğumuzun (özellikle de aşırı derecede sıkıntılı durumlarla başa çıkmaya çalışan insanların) düşünmesi gereken bir şeydir. Bu fobi yüzünden hayattaki pek çok şeyden vazgeçme düşüncesi, gerçekten yaşayıp yaşamadığımı düşünmeme neden oluyor. Bu fobi yüzünden ilişkilerimde gerginlikler yaşadım, işimi kaybettim, önüme gelen fırsatları, konserleri ve spor etkinliklerini kaçırdım, avlanmayı bıraktım ve insanların önüne çıkmak zorunda kalabileceğim diğer tüm etkinliklere katılmaktan vazgeçtim gibi daha birçok şey sayabilirim.

“Bu fobi birçok yönden beni kontrol altına aldı ve büyük ölçüde kim olduğumu tanımladı. Yine de, içinde olduğumuz bu durumu kabul etmemiz gerektiğini düşünüyorum. Bu ve diğer farkında-

lıklardan yola çıkarak, en yararlı olacak şeyin 12 adımlı programlara benzer bir destek grubu olduğu sonucuna vardım. AA'nın ilk adımı, küçük bir değişiklikle bizim için de geçerli olacaktır: Parürezis üzerinde güçsüz olduğumuzu, hayatlarımızın yönetilemez duruma geldiğini kabul edin. Parürezis, çok ciddi bir hastalıktır. Alkolizm kadar ciddi. Akrabalarımda alkolik ve akıl hastalığı, sonu kötü biten iki ilişki, bir dönem işsizlik ve sayısız başka zorluklarla uğraştım. Hiçbiri, bu sırla başa çıkmanın verdiği acı ve korkuyla kıyaslanamaz. AA, Al-Anon ve sayısız diğer 12 adım grupları gibi, ilk adım güçsüzlüğü kabul etmek olacaktır. Daha sonra, güven ve dostluk geliştikçe, bir sonraki aşamaya geçebilir, birbirimize bu fobiyle başa çıkmada yardımcı olabiliriz."

Destek grupları işe yarar. UMS'nin gizliliği ile ilgili üzerimizde kurduğu baskıdan kurtulmak, hayatınızın kontrolünü geri kazanmak ve bu fobiyi yenmek için önemli bir adımdır.

Bir Destek Grubu Kurmak

Kişisel gelişim destek grupları konusunda pek çok kitap yazılmıştır. En bilinen yazarlardan ikisi Silverman (1980) ve Kurtz'dur (1997). Buradaki amaç, size herhangi birini nasıl başlatacağınıza ilişkin temel bilgileri vermektir. Daha fazla yardıma ihtiyacınız varsa, lütfen Ek-H'de listelenen Uluslararası Parürezis Birliği ile iletişime geçin.

Bir UMS destek grubu kurmanın en iyi yollarından biri, iki kişilik bir destek grubu oluşturmak için kendinize bir arkadaş (mümkünse aynı sorunu yaşayan biri) bulmaktır. Bu kitapta önerilen tavsiye ve tekniklerin çoğunu, diğer arkadaşınızla kolayca uygulayabilirsiniz. Bunu aynı cinsiyetten bir eşle yapmak daha kolay olabilir.

Sizinle düzenli olarak çalışan başka birisi olduğunda, grubunuza nasıl daha fazla kişi ekleyebileceğinizi düşünmeye başlayabilirsiniz. Üç kişi olduğunuzda, gerçek bir destek grubunuz demektir.

Herkes her toplantıya gelemeyeceği için, olasılıkla en az 6 kişilik bir çekirdek gruba sahip olmak istersiniz.

Her destek grubunun bir lidere veya koordinatöre ihtiyacı vardır. Her ne kadar herkesin, destek grubunun idari işlevleri için eşit sorumluluk alması en ideali olsa da, (örneğin, toplantılar hakkında hatırlatmalar yapmak, tarihleri koordine etmek ve ortaya çıkan sorunlarla ilgilenmek gibi), aslında bu nadiren gerçekleşir. Dolayısıyla, gerçek anlamda bir grup olabiliyorsanız ve grup içi işlerle ilgilebiliyorsanız, o halde lider siz olun! Bunu siz yapın. İlginç bir şekilde, geçmiş deneyimlere bakıldığında, bir gruba liderlik edenlerin, genellikle daha hızlı iyileştikleri ve kazanımlarını sürdürmede, iyileşme sürecindeki ortalama bir kişiden daha iyi sonuçlar elde ettikleri görülmüştür.

Bir UMS destek grubu için en iyi model, mümkünse haftanın veya ayın aynı günü ve saatinde düzenli olarak toplanmaktır. Bazı gruplar haftalık, bazıları ise iki ayda bir veya aylık olarak toplanır. Toplantılar arasındaki günlerde, grup üyeleri arkadaşlık seansları için de eşleşebilir.

Grubunuz kurulduktan ve düzenli aralıklarla toplandıktan sonra, grubu genişletmeyi düşünebilirsiniz. En iyi yönlendirme kaynağı, grup üyelerinin tanıdığı diğer parürezisli kişiler olacaktır. Bu aşama sonrasında, yerel gazeteğe ilan verebilir veya radyo kanallarına ücretsiz olarak bir kamu hizmeti duyurusu yapabilirsiniz (25-54 demografik gruba hitap eden FM istasyonları en iyi sonucu verir). Yerel gazetede grup hakkında bir makale yayımlatmak da yararlı olabilir. Son çare olarak, birçok şehirde haftalık ve ücretsiz olarak dağıtılan gazetelerin ilan bölümlerine ücretli reklamlar verilebilir.

Herhangi bir destek grubu kurmanın en zor kısmı, acil durumlar dışında insanlardan her seferinde geleceğine ilişkin kesin

sözler almaktır. İnsanlar grup etkinliklerine, özellikle de kendilerini zorlayacak bir etkinliğe katılmaya söz vermekten hoşlanmazlar. Çünkü bu durum, olasılıkla onları endişelendirir ve korkmalarına neden olur. Ayrıca, parürezisli kişiler yıllarca kaçınma davranışları sergilemişlerdir. Geniş bir irtibat listeniz yoksa (genellikle 15 veya daha fazla kişi) ve her toplantıya 4-7 kişinin gelmesi gerektiği gibi bir beklentiniz bulunmuyorsa, insanların katılımlarının düzensiz oluşu grubun moralini olumsuz yönde etkileyebilir, bu nedenle toplantılarınızdaki kaçınma dinamiğini ele almak oldukça önem taşımaktadır.

Bir destek grubu toplantısında neler yapılır? Normalde, toplantıyı düzenleyen kişi kendi evinde toplantıya ev sahipliği yapar. İlk toplantı öncelikle insanların öykülerini paylaşmalarına ayrılmıştır. Ardından, derecelendirilmiş üstüne gitme tekniklerinin uygulanmasında uzman olan bir kişi, grup bireylerine bu duyarsızlaştırma tekniklerini nasıl uygulamaları gerektiğini gösterecektir. Katılımcılar bu ilk oturum sırasında pratik yapmamalıdır.

Sonraki toplantılarda, katılımcılar ilerlemelerini paylaşır ve zamanın geri kalanını derecelendirilmiş üstüne gitme tekniklerini uygulamaya ayırırlar. Destek grubu toplantılarının amacının sohbet etmek değil, pratik yapmak olduğunu ne kadar vurgulasak azdır. Toplantılar, grubun büyüklüğüne bağlı olarak en az 2-3 saat sürer, böylece herkes bu kitapta özetlenen teknikleri birçok kez uygulama şansını elde eder, bu sayı ideal olarak, her kişi için 1-15 uygulamadır.

Başlangıçta toplantılar, gruptaki kişi sayısının gereksinimlerini karşılayacak kadar tuvaleti olan birinin evinde yapılır. Her üç kişi için bir tuvalet bulunmalıdır. Herkes, arkasında diğer grup üyelerinden birisi dururken rahatça idrarını yapana kadar, grup üyeleri dönüşümlü olarak idrarlarını yapmalıdır. Daha sonra grup üyeleri, ancak bu aşamayı tamamladıktan sonra, üç kişilik gruplar halinde ya-

rı kamusal ve halka açık tuvaletlere gitmelidir. Bu durum, destek grubunun bölüneceği anlamına gelebilir, böylece bazı katılımcılar hala bir grup üyesinin evinde pratik yapmaya devam ederken, diğer kişiler mağaza tuvaleti gibi başka yerlerde pratik yapabilirler. Genel olarak, akşam saatleri ve haftasonu sabah saatleri, herkesin bir araya gelip yarı kamusal ve kamusal alanlarda pratik yapması için ideal zaman aralıklarıdır çünkü tuvaletler bu saatlerde kalabalık olmayacaktır.

Yeni üyelerin, gruba katılımlarının sağlanması çok önemlidir çünkü yeni katılımcılar, ilk seferde kendilerini grup içerisinde rahat hissetmezlerse, gruba yeniden katılım sağlamaları mümkün olmayacaktır. Burada yapılacak en iyi şey, grup liderinin veya görevlendirilen başka bir kişinin, yeni üyelerle önceden görüşme yapması, onlara grubun işleyişi hakkında bilgi vermesi, grubun nasıl çalıştığını göstermesi ve ilk destek grubu toplantılarına UMS ile ilgili bazı kaynaklardan bilgi edinerek gelmelerinin sağlanmasıdır. Açıkçası, ilk toplantılarda herkes birbirine karşı samimi olmalıdır ve yeni gelenlere dostça davranılarak onları mümkün olduğunca hızlı bir şekilde gruba katılmaya çalışılmalıdır.

Bugüne kadarki destek gruplarının neredeyse tamamının yalnızca erkeklerden oluştuğunu belirtmek gerekir. Bu hiç de şaşırtıcı bir durum değildir çünkü istatistiksel olarak tedavi arayışı içerisinde olan her on kişiden sadece biri kadındır. Toplantılara katılmak isteyen bir kadının kendini daha rahat hissetmesini sağlamak için, en azından ilk toplantıya bir arkadaşını getirmesini önermek faydalı olabilir.

Atölye Çalışmaları

1997 yılında Uluslararası Parürezis Birliği, yazar Joseph Himle'nin çalışmalarına dayanan başarılı bir haftasonu atölye modeli geliştirmiştir. Belirli bir bölgede en az sayıda kişi (genellikle en az 5 kişi) taahhütte bulunduğu, IPA o bölgede bir atölye çalışması gerçekleştirmeyi taahhüt eder. Mevcut atölye tekliflerinin bir listesine, (Uluslararası Parürezis Birliği'nin resmi internet sitesinden ulaşılabilir.)

Yazar Steven Soifer veya diğer eğitimli ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından yürütülen atölye çalışmaları en fazla yirmi katılımcı ve eğitimli uzmanlardan oluşmaktadır. İdeal olarak, atölye çalışmaları bir otel, konferans merkezi veya üniversitede gerçekleştirilir. Atölye çalışmaları cuma akşamları başlar ve pazar öğle sonrası saatlerine kadar devam eder. Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca, tüm dünyada yüzlerce atölye çalışması gerçekleştirilmiştir ve binlerce insan bu atölyelere katılmıştır. Birçok katılımcı, birden fazla atölye çalışmasına katılmaktadır. İşte, bir haftasonu atölyesinin nasıl gerçekleştiğinin bir açıklaması:

Cuma akşamı

Cuma akşamı biraz korkutucu, biraz ürkütücü ve sonuç olarak çok duygusal bir zaman olabilir. Katılımcıların birçoğu, UMS ile ilgili sorunlarını ilk kez başkaları ile paylaşıyor olabilirler.

Oturumun başında katılımcılar birarada oturur ve her kişi sırasıyla kendini tanıtır, ardından UMS ile yaşamaya ilişkin kişisel deneyimlerini paylaşır. Bazı öyküler komik, bazıları travmatik ama hepsi dokunaklıdır. Şaşırtıcı bir şekilde, her bir kişi UMS'nin utanç, rahatsızlık, korku, incinme ve acı veren durumlarından söz ederken, öyküler ürkütücü bir şekilde birbirleriyle benzerdir. Başkalarının çileli öykü paylaşımlarını dinlerken; kendine odaklanmaktan, başkalarının duygularına ve deneyimlerine odaklanmaya doğru bir

geçiş olur. Güven gelişir. Şefkat bol miktarda bulunur. Anlayış evrenseldir. Moderatör, haftasonunun geri kalanında katılımcılardan neler beklendiğini açıklar. Örneklerin gözden geçirilmesi de dahil olmak üzere hafta sonu çalışmalarına rehberlik edecek bireyselleştirilmiş davranış hiyerarşisi oluşturulduktan sonra (bkz. Ek-G), oturum bu gece için sona erer.

Cumartesi

Atölye çalışmasının en önemli bileşenlerinden biri, sıvı yüklemesi de dahil olmak üzere aşamalı üstüne gitme terapisi. Katılımcıların cumartesi sabahı geldiklerinde, bol sıvı yüklemesi yapabilecekleri kısa serbest zamanları vardır. Su, çay, kahve ve alkolsüz içecekler katılımcılar için her zaman hazır bulundurulur. Atölyeyi yöneten uzman (kolaylaştırıcı) kişi daha sonra UMS'nin kökenlerini, idrar yapma davranışına ait dinamikleri tartışır ve UMS hakkındaki araştırmaları katılımcılarla paylaşır. Uzman (kolaylaştırıcı) kişi, katılımcıların idrar yapma davranışına yönelik uyguladıkları tekniklerdeki performans sıralamalarına dayanarak, en azdan en yüksek kaygı düzeylerine göre birbirlerine en yakın olan kişileri, “idrar yapma arkadaşı” olarak eşleştirir. Ardından grup, Dördüncü Bölüm'de ana hatlarıyla belirtildiği gibi aşamalı üstüne gitme terapisi egzersizlerine başlar.

Yaklaşık 45 dakikalık bu seans sırasında, idrar yapma arkadaşları üç saniyelik idrar akışı başlatma ile 7-10 deneme yapmaya çalışacaktır. Bu seanstan sonra grup, ilerleme raporu vermek için bir araya gelir. Etrafında başkaları varken tuvaleti kullanabildiği bir sabahı yaşayanlar oldukça mutludur. Başarısız olanlar için de muazzam bir destek vardır. Katılımcıların kendi aralarında yaptıkları tartışmanın ardından, bir alıştırma turu daha yapılır ve ardından öğle yemeği molası verilir.

Öğle yemeği sonrasında grup yeniden toplanır. Sabah oturumunda otel tuvaletinde başarılı olanlar, daha zorlu bir ortama (oteldeki veya yakınlardaki çok kalabalık olmayan genel tuvaletleri kullanarak) geçmeyi tercih edebilirler. Otel tuvaletlerini kullanarak kendilerini daha rahat hisseden diğer katılımcılar ise öğle yemeğinden önce olduğu gibi uygulamalarına bu tuvaletlerde devam edebilirler. Öğleden sonraki oturumun sonunda grup, akşam için ara vermeden önce herkesin kaydettiği ilerlemeyi tartışmak üzere tekrar bir araya gelir. Katılımcılar genellikle birlikte akşam yemeğine çıkmayı ve/veya akşamları da pratik yapmaya devam etmeyi tercih ederler.

Pazar günü

Cumartesi olduğu gibi, pazar günü seansı da sıvı yüklemesiyle başlar. Atölye çalışmasını yöneten kolaylaştırıcı kişi, günün oturumları için hedefleri gözden geçirir. Pazar sabahı, ilk oturumda idrar yapma arkadaşları biraraya gelir ve cumartesi günü başladıkları çalışmaya devam ederler. Ortama bağlı olarak, son bir ya da iki oturum genellikle bir alışveriş merkezinde, havaalanında ya da bazen büyük bir spor etkinliğinde gerçekleştirilir. Katılımcılara her zaman bu tür halka açık dış mekânlara katılıp katılmama seçeneği sunulur; kesinlikle hiçbir zorlama sözkonusu değildir, çünkü bu atölyenin amacını ortadan kaldırır. Bazı katılımcılar için, halka açık büyük bir ortamda pratik yapmak çok zor gibi görünüyorsa, o ortamlarda pratik yapmayı düşünmeleri teşvik edilir.

Katılımcıların “başarısız” olabileceklerini veya “yeteri kadar başarı elde edemeyeceklerini” düşündükleri bir düzeyde pratik yapmamaları çok önemlidir, çünkü başarıların üzerine temeli sağlam olan bir ilerleme kaydetmek, aşamalı üstüne gitme terapisinin temel bir ilkesidir. Son tartışma oturumunda, katılımcılar iletişim bilgilerini atölyedeki diğer katılımcılara verme özgürlüğüne sahiptir ve bunu sıklıkla yaparlar.

Atölye çalışmaları, aynı bölgede yaşayan ya da birbirlerine yakın olan bireylerin, atölye çalışmasının ardından bir destek grubunun çekirdeğini oluşturabilecek diğer parürezisli kişilerle tanışmak için harika bir fırsattır. Atölye çalışmalarının amaçlarından biri de, geride aktif bir destek grubu bırakmaktır.

Bir atölye katılımcısı düşüncelerini şu şekilde paylaşmıştır:

Atölye çalışmalarımızdaki "büyüyü" açıklamak çok zor. Bunu ifade edebilecek başka bir sözcük yok. Bu atölye çalışmasına katılmadan önce, UMS hakkında çeşitli kaynaklardan bilgi edinebileceğimizi ve UMS'ye yardımcı olabilecek bazı egzersizler yapacağımızı biliyordum ancak bu çalışmanın her anında kelimenin tam anlamıyla aşırı ve gerçek bir ilgi, alaka vardı ve ben buna tamamen hazırlıksızdım. Cuma gecesi herkesin öyküsünü dinlemek beni çok etkiledi ve parürezisin, insanlara neler yaptığını gerçek anlamda anlamamı sağladı. Kendi deneyimlerim, sempatiyle değil empatiyle ve destekle karşılandı. Birlikte güldük; ağladık, birbirimizin başarılarına sevindik, başarıya ulaşmanın kolay olmadığı anlarda birbirimize destek olup, birbirimizi cesaretlendirdik.

Belki grubumuz özel insanlarla doluydu, belki de ortak deneyimlerimiz benzersizdi, ama ben öyle düşünmüyorum. Hafta sonu bittiğinde, sanki siperleri paylaşmış gibiydik ve neredeyse aramızda aile bağı gibi bir bağ oluşmuştu. Dürüstçe söyleyebilirim ki, o haftasonu şimdiye kadar beni en fazla motive eden zamanlardan biriydi ve bu atölyeye katılma fırsatı bulduğum için gerçekten minnettarım. Eğer bu çalışmalardan herhangi birine katılıp katılmamayı düşünen varsa, söyleyebileceğim tek şey: Katılın! Katılın! Katılın! Pişman olmayacaksınız. Katıldığınız için kendinizi daha iyi hissedeceksiniz. Şahsen benim için, gerçekten hayatımı değiştiren bir etkinlik oldu."

Bir başka atölye katılımcısı olan Sylvia, aşamalı üstüne gitme terapisi ile elde ettiği başarı hakkında ayrıntılı bir şekilde şunları paylaşmıştır:

“On yedi yaşımdan beri beni mahveden parürezis ile halen baş etmeye çalışın, 45 yaşında bir kadını. Bu, banyoda yaşadığım panik ataklar, ne zaman ve nerede tuvalete gidip gitmeyeceğimi ve idrarımı yapıp yapamayacağımı takıntı haline getirmek de dahil olmak üzere yirmi sekiz yıllık kaçınma davranışları anlamına geliyor. Mutlu zamanları, yakın ilişkileri, arkadaşlarla gezmeyi, çok seveceğim iş olanaklarını, gece hayatını, arkadaşların evlerine gitmeyi veya aklınıza gelebilecek her şeyi sürekli olarak kaçıırıyordum. Parürezis, davranışlarım da dahil olmak üzere her şeyi kontrol altına almıştı ve sık sık hayatın yanımdan geçip gittiğini hissediyordum. Ciddi bir sorunum vardı ve hayatımı mahvediyordu.

“Benim için parürezis, üniversitedeyken tam iki hafta boyunca aşırı bir utanç duygusu yaşamama neden olan bir tuvalet deneyimiyle aniden ortaya çıktı. Tuvaletin önünde, insanlar sıra beklerken birdenbire, idrarımı yapamadım, oysa daha önce hiçbir genel veya özel tuvalette idrarımı yaparken sorun yaşamamıştım. Kısa süre içinde sorun diğer tuvaletlere, insanların evlerindeki tuvaletlere kadar yayıldı ve hatta o kadar kötü bir hal aldı ki etrafta birileri varken kendi evimde bile tuvaleti kullanamaz hale geldim. Ne düşüneceğimi bilmiyordum; bunun neden başıma geldiğini bilmiyordum ve bunun bir fobi olduğunu da bilmiyordum. Tek bildiğim, olanlardan nefret ettiğim ve bedenim üzerinde hiçbir kontrolüm yokmuş gibi hissettiğimdi. Ayrıca çok utanıyor ve kendimi mahcup hissediyordum. Bu yüzden de yaşadığım bu sorunu, kendime saklayarak herhangi biri ile paylaşmadım. Bu gizlilik, durumun daha da kötüleşmesine neden oldu.

“Parürezis sorunu ile bağlantılı olarak, neredeyse eve bağımlı duruma geldim. Bu durumun üstesinden gelebileceğime ilişkin umudumu yitirmiştım. Yirmili yaşlarımda ve otuzlu yaşlarımda başında psikiyatristlere, geleneksel terapistlere, davranışçı terapistle-

re ve hipnoz yapanlara gittim. Sıkıntılı olduğum zamanlarda rahatlamama ve gereksindiğimde idrar yapabilmeme yardımcı olması için reçeteli ilaçlar kullandım. Hiçbiri işe yaramadı. Verilen bazı taktikler, sorunu daha da kötüleştirdi. Konuştuğum hiç kimse, bu durumu daha önce duymamıştı ve hatta nasıl tedavi edileceğini bile bilmiyorlardı. En sonunda (yirmili yaşlarımda) bir fobim olduğunu farkettikten sonra, bir tedavi yöntemi ya da bu konu ile ilgili herhangi bir bilgi edinmek üzere kendim araştırma yapmaya başladım ancak literatürde hiçbir şey yoktu. Kendimi tamamen yalnız ve ucube gibi hissediyordum.

“Bence birçok insanın parürezis hakkında anlamadığı şey, sorunun utandığınız için veya başka bir nedenle idrar yapmak istememeniz değil; idrar yapamamanız olduğudur. Bu durum, sfinkter (büzücü) kaslarının gerildiği bilinçaltı bir deneyimdir ve mesane ne kadar dolu olursa olsun, bu koşullar altında idrar yapmak olanaksızdır. Bu durumun, bu kadar korkutucu olmasının ve kişiyi mahcup etmesinin nedeni budur. Biliyorsunuz ki, idrar yapma eyleminin günde birkaç kez gerçekleştirilmesi gerekir! Yani bu davranış, kişinin kaçınabileceği bir davranış değildir.

“UMS’nin neredeyse yaptığım her şeyin önüne geçtiğini söyleyebilirim. Sadece dolu bir mesaneye sahip olma ve onu boşaltamama düşüncesi, acı çekme korkusu ve sorunumun ne olduğunu kimseye söyleyememek beni farklı şeyler denemekten ve bir yerlere gitmekten uzaklaştırdı. İdrarı tutmak son derece sağlıklı, rahatsız edici ve acı verici olabiliyor ve bazen mesanem patlayacakmış gibi hissediyordum. Toplantı ya da etkinliklere saat belirler, süre koyardım; eğer üç saatten uzun süreceklerse katılmazdım. Tuvaletimi yapabileceğim özel alanlar bulabilmek için, birçok taktik denedim. Tüm hayatım, mevcut fobim ile mesanemi ne zaman ve nerede boşaltabilirim düşüncesinin etrafında dönüyordu.

Ne zaman ki, artık hiçbir yere gidemeyecek noktaya geldiğimde, bu konuda bir şeyler yapmam gerektiğine karar verdim. Terapistim, 1998 yılında bir tıp dergisinde “parürezis” terimini bulmuştu. İnternete girdim ve parürezis sözcüğünü araştırmaya başladım. “Uluslararası Parürezis Birliği” adında bir site buldum. Bu siteyi bulduğumda ne kadar mutlu ve aynı zamanda aşırı derecede korkmuş olduğuma inanamazsınız. Parürezisle ilgili yazılanların hepsini okudum. Nasıl hissettiğimi anlayabilen başka kişilerin de olduğu ve bu soruna ilişkin yapılacak bir şeyler olduğunu bilmek beni rahatlatmıştı. Herkesin neler yaşadığını ve yalnız olmadığımı bilmek de bana cesaret verdi.

“Birkaç ay sonra, Los Angeles’ta Steven Soifer tarafından yönetilen bir parürezis atölyesine katıldım. Atölye, cuma akşamı başladı ve pazar öğleden sonraya kadar sürdü. Yakınlarda oturduğum için akşamları eve gidebiliyordum. Bu durumdan memnundum çünkü bu, atölyede bütün gün idrarımı yapamazsam bir “çıkış yolum” olacağı anlamına geliyordu. Benim korkum, her zaman gidecek hiçbir yerim olmadan kapana kısılmaktı. Atölyeye katılmadan önce fark etmediğim şey, Steven’ın atölyesini kimsenin “kapana kısılmış” hissetmeyeceği şekilde ayarlamış olmasıydı. Etrafta çok sayıda tuvalet ve hatta bazı özel tuvaletler de vardı ve buna göre bir ortam hazırlanmıştı. Orada kendimi çok rahat hissettim ve eve gitmek zorunda kalmadım.

“Ben kadın olduğum ve bu rahatsızlık erkeklerde daha sık görüldüğü için, atölyedeki tek kadın parürezisli kişi bendim. Bu bir sorun oluşturunuyordu çünkü duyarsızlaştırma terapisinde bize yardımcı olacak “arkadaşlara” ihtiyacımız vardı. Atölyede yedi erkek vardı ve şansına, atölyeye eşi ile gelen katılımcılardan birinin eşi (parüretik olmayan) benimle “idrar yapma arkadaşı” olmayı kabul etti. Kendisi çok nazik, sabırlı ve yargılamayan biriydi ve bana çok yardımcı oldu.

“Cuma akşamı otele vardığımda atölyeye katılan diğer kişilerin çoğunun zaten orada olduğunu ve daire şeklinde oturduklarını gördüm. Atölyedeki tek kadının ben olacağımı biliyordum ama bir grup erkeği birden karşımda görmek beni korkuttu. Tanımadığım bu erkeklerle, sorunum hakkında konuşmayı gerçekten istemiyordum. Steve beni karşıladı, herkesle tanıştırdı ve kendimi biraz daha rahat hissetmemi sağladı. Ayrıca, sonradan eşim olmayı kabul eden kadın da oradaydı ve onunla da tanışma fırsatı bulmuştum ki bu, beni daha da rahatlatmıştı.

“Cuma akşamı Steve, UMS hakkında bilgi verdi ve bize nasıl ilerleyeceğimizi anlattı. Ayrıca, kendisinin bir terapist ve iyileşmekte olan parüretik bir kişi olduğunu ve bizimle birlikte atölye çalışmasına katılacağını ve yine bizimle birlikte “pratik” yapacağını söyledi. Birinin orada oturup bize, toplum içinde idrarını yapamadığını söyleyecek güce sahip olduğuna inanmadım. Fobisi olduğu için utanıyor gibi görünmüyordu, bu da bana çok yardımcı oldu. Belki o kadar da tuhaf olmadığımı, sorunumun kısmen fiziksel olduğunu ve böyle bir kusurumun olmasının hiçbir şekilde benim hatam olmadığını farkettim. Ayrıca UMS’ye sahip olunabileceğini ancak bunun için kendimden nefret etmememin, utanmamamın, kendimi yalnız, kusurlu, çaresiz ve korkmuş hissetmememin mümkün olduğunu farkettim.

“Sorunumu kabullenme olasılığı ile onu iyileştirme olasılığını birlikte düşünmüştüm. Şimdi anlıyorum ki kabullenme, iyileşme için çok önemli bir unsur. Ancak atölyenin o ilk akşamına kadar parürezisi kabullenmek hiç aklıma gelmemişti.

Gecenin geri kalanında, gruptaki herkes parürezisizle yaşamanın nasıl bir şey olduğuna ilişkin öykülerini anlattı. Diğer kişilerin anlattığı öyküler benimkilere çok benziyordu; aynı kaçınma davranışları, aynı korkular, aynı hayal kırıklıkları, belirli tuvaletlerde idrara çıkamama durumu ile ilgili aynı nedenler (ortamın çok sessiz olma-

sı, herhangi birinin çıkan sesleri duyabileceği ya da birinin beklemesi gibi). Görünüşe göre UMS'nin başlama şekli herkes için farklıydı ancak sonunda kendini aynı şekillerde gösterecekti.

“Bazılarının, diğerlerinden daha ciddi sorunları vardı. Atölye çalışmasının başında, her birimiz kendi fobimizin ne kadar şiddetli olduğunu ve hayatımızı ne kadar etkilediğini bildiğimiz için kendimizi derecelendirdik.

“Ertesi sabah otele tekrar geldiğimizde, tüm gün duyarsızlaştırma çalışması yapmaya hazırдық. Hepimiz yanımızda bol miktarda şişe suyu veya soda, (içinde uyarıcı bir madde olan kafein olduğu için, en iyi seçim değildir) ya da meyve suyu getirdik. ‘Tuvalet çık-mamız’ gerekene kadar sıvı tükettik ve karşılıklı sohbet ettik. Oraya gittiğimde, hemen tuvalete gitmem gerekmediğinden emindim, ancak içimdeki tüm sıvı ile kısa sürede mesanem doldu ve boşaltma dürtüsü ertelenemez duruma geldi.

“İnsanlara tuvalete gittiğimi söylemekte ya da haber vermekte bile sorun yaşıyorum. Duyarsızlaştırma terapisine başladığımda, zor zamanlar geçirdim ama sonunda hiçbir şey söylemeden kalktım ve diğer odada yer alan tuvalete gittim. Dürüst olmak gerekirse, idrarımı yapıp yapmadığımı hatırlamıyorum; sadece insanların neden kalktığınızı bildiği, o korkunç yere gidebilmenin nasıl bir başarı olduğunu hatırlıyorum.

“Sonrasında asıl uygulamaya başladık. Erkeklerden bazıları, bir eşle pratik yapmak için farklı otel odalarının tuvaletlerine gittiler, bazıları ise o otel odasında kaldı. Herhangi birimizin etrafta kimse olmadan idrarını yapabileceği bir tuvalete ihtiyaç duyması halinde, koridorun sonunda kullanabileceği özel bir tuvalet bulunuyordu ve böylece ihtiyaç duyduğumuzda bir ‘çıkış noktamız’ vardı. Ben ve birkaç kişi daha, bu tuvaleti birkaç kez kullandık.

“Duyarsızlaştırmanın ana fikri, hızlı bir şekilde ilerlemek değil, yapabileceğinizi düşündüğünüzden daha fazlasını yapmaktır. Her birimiz çeşitli tuvalet durumlarına ilişkin hiyerarşilerimizi yazmıştık; en kolay ilk sırada, en zoru ise son sırada yer alıyordu. En kolay olanla başlıyor ve bunu başarıyla tamamladıktan sonra diğerine geçiyorduk. Bence programda bu kadar işe yarayan şey buydu. İçinde bulunduğum bir durumda asla tamamen paniklemiş hissetmedim.

“Arkadaşım Margie, benimle otel odasına kadar yürüdü. İçeri girdik, odaya baktık ve bir süre konuştuk. Bana tuvaleti gösterdi. Korkuyla içeriye baktım. Yani, o etraftayken oraya işemek zorunda kalacak mıyım? Bu olanaksız görünüyordu. Başımı salladım. ‘ı-ıh’ dedim ona. Hayır. Koridorun sonunda beklemen gerekecek.

“Margie koridorun sonunda olmasına rağmen, otel odasının kapısını kapattım ve kilitledim. İçeri girmeyeceğinden emin olmak istedim. Sonra banyoya girdim ve kapıyı kilitledim. İlk başta kalbimin biraz hızlı attığını ve paniğe kapıldığımı hissettim. Ama sonra kimsenin gelmediğini, acele etmeye gerek olmadığını ve eğer idrarımı yapamazsam, bunu söyleyip orada ya da başka bir yerde tekrar deneme seçeneğim olduğunu farkettim. Artık bir sır değildi. Bu dünyadaki en büyük rahatlatıcıydı.

‘Steve’in söylediği şekilde duyarsızlaştırma uygulaması yapmalısınız ki sfinkter kasını kullanmayı öğrenebilmenin ve tekrar sıvı almak zorunda kalmadan, arka arkaya birkaç kez idrar yapabilmenin yolu üç saniye boyunca idrar yapmak ve sonra durmaktır. Bu bir başarı olarak kabul edilir çünkü genellikle en zor olan, idrar yapma sürecinin başlamasıdır. Elbette, sadece üç saniye sonra mesane halla dolu olacaktı, ancak birkaç dakika sonra tekrar pratik yapabilecektim. Ayrıca, duyarsızlaştırma teknikleri, tuvaletteyken iki dakika içinde (ben kendime beş dakika verdim) idrar yapamazsak, durmamız, dışarı çıkmamız ve daha sonra tekrar denememiz gerektiğini

de içeriyordu. Yoksa gerginlik artacak ve işler daha da kötüleşecekti.

“Sadece bir ya da iki dakika sonra ilk denemede başarılı oldum. Koridorda Margie’nin yanına gittim ve o da benim adıma çok sevindi. Sonra Margie’yi bir adım daha yaklaştırdım ve bir kez daha başarılı bir işeme denemesi yaptım.

“Arkadaşım ve ben bu prosedürü, sonraki iki saat boyunca sürdürdük. Yavaş yavaş, adım adım koridora yaklaşıyor, ayakta duruyor ve kitabını okuyordu, ben de her seferinde otel odasına girip iki kapıyı da kapatıyor, sonra da tuvalete gidiyordum. Her seferinde işe yarıyordu. Daha yakın olmasına alıştım ve tam olarak nerede olduğunu biliyordum; alanıma tamamen saygı duydu ve ondan yapmasını istediğim şeyi yaptı. O da bana çok destek oldu ve bunu yapabileceğimi söyledi. Kendimi sevinçli hissetmeye başlamıştım.

“Sonra otel odasının kapısının hemen dışında, kapı kapalı bir şekilde duruyordu. Otel odasına girdim, banyo kapısını kapattım, üç saniye işedim ve sonra dışarıya çıktım. Benim “tehlikeli bölge” çok yaklaşmıştı. Bir sonraki adım, otel odasının kapısını açık bırakmaktı. O kapının dışında durup, kitabını okurken bunu yaptık. Banyo kapısını kapattım ve yine başarılı oldum. Daha sonra açık kapının dışında durmasını ve kitabını okumamasını, sadece beni beklemesini istedim. Bu zordu çünkü sürekli beni düşündüğünü sanıyordum ama aslında düşünmüyordu ve ben de işedim. Yine başarılı!

“Eğer yolculuğumuza onun açık otel kapısının hemen dışında durmasıyla başlasaydık, asla tuvalete işeyemezdim. Ancak yavaş adımlar ve kendimden sorumlu olduğumu ve onun benim alanıma saygı duyduğunu ve durumuma empati duyduğunu bilmek beni cesaretlendirdi ve gelişmemi sağladı.

“Sonra büyük adım için. Benimle birlikte otel odasına geldi. Ben kapısı kapalı olarak tuvaleti kullanırken, ondan pencerenin yanında durup kitabını okumasını istedim. O yaptı, ben de işedim ve hari-kaydı. Sonra yavaş yavaş, adım adım, ayak ayak yaklaştı. Her seferinde, banyo kapısına çok yakın bir sandalyede oturana kadar. Beni duyabildiğini biliyordum ama kendime her şeyin yolunda olduğunu söyledim. Gergin hissetmeye başladım ama üç saniyeliğine işedim ve sevinçle çıktım.

“O zaman bir sorun vardı. Margie, sandalyesini bir adım daha yaklaştırdı ve parmaklarıyla banyonun dış duvarına dokundu. ‘Gördün mü?’ dedi. O kadar yakınım ki artık dokunabiliyorum. Gerçekten harika gidiyorsun. Bu işe yaradı. İşeyemeyeceğimi biliyordum. Banyo duvarına dokunmuştu ve böylece, zihnimde, yakınlıktaki rahatlık alanımı aşmıştı. Kendimi sönmüş hissettim. Ondan duvara dokunmamasını istedim ama artık çok geçti. Tuvalet girdim ve üç ya da dört dakika kadar denedim ama vazgeçtim. Bunun olanaksız olduğunu biliyordum. İşeyemezdim, çünkü banyo duvarına dokunmuştu. Benim alanımı işgal ettiğini hissettiğim tek andı ve bunu istemeden yaptığını biliyordum. Bunun beni nasıl etkileyeceği hakkında hiçbir fikri yoktu.

“İyi olan şey, dışarıya çıkıp ona işeyemeyeceğimi ve nedenini söyleyebilmemdi. Ondan, sandalyesini birkaç adım geriye çekmesini istedim. Bu, bana ihtiyacım olan boşluğu verdi. Tuvalet girdim ve tamamen işedim. Bu benim için mümkündü çünkü zihnimde benden iki adım daha uzaktaydı ve bu, tüm farkı yaratıyordu. Benim görünmez çizgimi geçmemişti.

“Bundan sonra, diğer katılımcıların birçoğunun toplandığı atölye otel odasına geri döndük. Hepimiz deneyimlerimiz, başarılarımız ve hayal kırıklıklarımız hakkında konuştuk. Beynimde onlarca yıldır gerçekleşmemiş bir “değişim” hissetmeye başlamıştım. Bunu

tam olarak açıklayamıyorum ama bir şey bilinçaltıma “Sorun yok, güvendesiniz” diyordu.

“Öğle yemeğinden sonra tekrar çalışmaya başladık. Otel odasında Margie, hâlâ odada olmasına rağmen, bir önceki seferden daha geride duruyordu. Bazen kitabını okuyor, bazen de öylece oturuyordu. Yavaşça yaklaştı ve ondan yapmamasını istediğim gibi duvara dokunmadı. Sonunda tam banyonun önündeki sandalyesine oturdu. Sessizdi ama ışığı ve vantilatörü açtım. Çok yakınımda olduğunu hissettim ama yine de işeyebilecek kadar kendimi güvende hissettim ve yine başarılı oldum. Sonra vantilatör açık olmadan dedim. Bu, sadece işediğimi duymakla kalmayıp, onun orada olduğunu, kitabının sayfalarını çevirdiğini, sandalyesinde hışırtılı hareketler yaptığını duyabileceğim anlamına geliyordu. Adrenalin patlamasına neden olan şey budur; görüntülere, seslere ve takıntılı düşüncelere karşı aşırı duyarlılık. Ancak bunların üstesinden gelebildim ve hemen dışarıda oturan bir kadın arkadaşım ile birlikte sessiz bir tuvalete işedim! Bu yıllardır başıma gelmemişti.

“Günün sonunda grup biraraya geldi ve o günkü duyarsızlaştırma sürecine ilişkin öykülerimizi tekrar anlattık. Margie, ayrıca bana yardım ederken neler hissettiğini ve benim ne yaptığımı gerçekten düşünmediğini anlattı. Bu benim için bir keşifti çünkü her zaman herkesin, tuvalette ne yaptığım ile çok ilgilendiğini düşünürdüm. Şimdi bunun bir yanılgı olduğunu ve gerçekte herkesin temelde kendisiyle ilgilendiğini ve kimsenin benim tuvalet alışkanlıklarımı düşünmediğini biliyorum. Ayrıca, orada ne yaptığım kimseyi ilgilendirmez. İstemediğim sürece, tuvalette ne yaptığımı bildirmek ya da açıklamak zorunda değilim.

“Sanırım duyarsızlaştırma, kısmen bir ‘tuvalet girişkenliği eğitimi’ meselesi. Tuvalette kendi alanımda nasıl duracağımı ve başkalarının ne düşündüğüne ilişkin düşüncelerimin, beni ihtiyaçlarımı

karşılaktan alıkoymasına izin vermemesini öğrenmem gerekiyordu. Bu atölye çalışmasında, kendi alanıma sahip çıkabileceğimi ve buna hakkım olduğunu öğrendim.

“Pazar günü sabah buluştuk. Bu kez otel odasında kalmak yerine, yakınlardaki bir alışveriş merkezine gittik. Margie önce tuvaletin dışında, biraz uzakta durdu. İşemeyi başarmıştım. Sonra kapalı kapıya yaklaştı. Bu seferki fark, çok sessiz olan bu tuvalete başka birinin girmiş olmasıydı. Tanımadığım bu kadın oradayken yine başarılı oldum! Biliyorum. İşediğimi duydu ama ben umursamadım, eminim o da umursamadı. Tanımadığım insanların yanında işlemek benim için çok daha kolay, ancak her zaman mümkün olmuyor, bu yüzden bu da bir başarıydı.

“Sonra, büyük bir test için. Margie, benimle tuvalete geldi. İlk başta sadece durduk ve birkaç dakika konuştuk. Bu benim için başlı başına bir duyarsızlaştırma süreciydi çünkü onlarca yıldır tanıdığım hiç kimseyle kendi isteğimle tuvalete girmemiştım. Ve onlarca yıldır tanıdığım hiç kimseyle tuvalete işlememiştım. Konuştuktan sonra ondan ellerini yıkamasını ya da suyu akıtmasını ve beni düşünmemesini istedim. Son kabine gittim ve birkaç dakika sürdü ama çişimi yaptım. Yirmi sekiz yıl boyunca bu fobinin mağduru olduktan sonra, iki günlük pratiğin benim için neler yapabildiğine hayret ettim.

“Bir mağazadaki başka bir tuvalete girdik. Bu tuvalet biraz kalabalıktı. İnsanların benim kabinimi beklemesinden veya yüksek sesle konuşmasından hoşlanmıyorum (bu beni sinirlendiriyor), bu yüzden bu bir testti. Ayrıca Margie de benimle birlikte tuvaletteydi ve tuvaletin diğer tarafında duruyordu. Bir tuvalete girdim ve insanlar benim kabinimi beklerken işedim. Buna inanamıyordum. Her başarımda kendimi daha iyi hissediyordum. Sonra Margie, tuvaleti kullanması gerektiğini söyledi ve benden birkaç kabin ötedeki bir tuvaleti kullandı. Ben de işeyebildim – tam bir ilerleme.

“Ve şimdi, benim için büyük finaldi. Margie, yanımdaki kabine oturdu ve tuvaleti kullandı, ben de onun hemen yanındaki kabinde ve diğer insanlar beni beklerken işedim. Bu, benim için tam bir başarıydı, hiç duyulmamış bir şeydi. Tekrar belirtmek isterim ki, 17 yaşındayken aniden parürezisi edindiğimden beri tuvalette, yanımdaki kabinde tanıdığım biriyle idrarımı yapmayalı 28 yıl olmuştu. Sadece iki günlük duyarsızlaştırma terapisinden sonra bunu yapabildim. Kendimden geçmiş, inanamamış ve derinden etkilenmiştim. Sanırım rahatladığım için biraz ağladım. Artık bu sorunun üstesinden gelebileceğimi biliyordum.

“Öndeyken durmaya karar verdim ve aslında hedefime ulaşmıştım. Tanıdığım biri tuvaletteyken idrarımı yapabilmek atölye için hedefimdi ve bunu başarmıştım. Kendimi her şeyi yapabilecekmişim gibi hissediyordum.

“Günün sonunda otel odasına geri döndük ve grup tekrar terapi deneyimlerini paylaştı. Hepsi iyileşmişti, bazıları diğerlerinden daha fazla. Ama eminim ki, atölyedeki herkes yapabileceğini bilmediği bir şeyi başarmış gibi hissederek ayrıldı. Bu harika bir duyguydu.

“Çalıştığınız çok başarılı olduğunuzu düşünüyorum çünkü mezun olunan üstüne gitme terapisinde herkes birbirini anlıyor, empati kuruyor ve kimseye baskı yapılmıyordu. İhtiyaç duyan herkes için bir ‘çıkış yolu’ da vardı. Herkes, gidecek hiçbir yeri olmadan sıkışıp kalmayacağını biliyordu. Steve Soifer da harika bir kolaylaştırıcı, çok şefkatli ve anlayışlı, hatta kendisi de bu sorundan çektiği için daha da anlayışlı. O zamandan beri bir destek grubuna da katıldım ama hâlâ bölgemde birlikte çalışabileceğim bir kadın arkadaş bulamadım.

“Atölye çalışmasından bu yana, duyarsızlaştırma pratiği eksikliğinden ötürü biraz nüksetti. Ancak bazen destek grubuyla, bazen de

kendi başıma alışveriş merkezlerine giderek ve daha önce denemediğim durumlara girerek pratik yapıyorum. Ayrıca, artık hiçbir yere gitmekten korkmuyorum çünkü IPA sayesinde, başka hiçbir şey başarılı olmazsa, mutlak bir ‘çıkış yolu’ buldum. Bir yere gidersem ve tuvalette idrarımı yapamazsam aralıklı olarak kateter kullanıyorum. Dikkat çekmiyor, işimi görüyor ve neredeyse tüm genel tuvaletlerde idrarımı yapabilecek kadar duyarsızlaşana dek bana özgürlük veriyor. Sadece kateteri taşımak bile bana sıkışmayacağım hissini veriyor, bu yüzden genellikle kullanmak zorunda bile kalmıyorum. Artık rahatsızlığımı kabul ediyorum ve duyarsızlaştırma terapisiyle birlikte kateterin bana sağladığı özgürlüğün tadını çıkarıyorum.”

Çalıştay Sonuçları

Uluslararası Parürezis Birliği, 1998 yılından bu yana Michigan Üniversitesi’nde geliştirilen aşamalı maruz bırakma yöntemlerine dayanan birçok haftasonu atölyesine destekleyici olmuştur. Bu atölye çalışmalarının sonuçları da oldukça cesaret vericidir. (İlk yüz katılımcıdan elde edilen sonuçların açıklaması için, lütfen Soifer ve arkadaşlarının, 2010 makalesine bakınız).

Genel olarak sonuçlar, haftasonu atölye formatının, parürezisli kişilerin tedavisinde oldukça etkili bir format olduğunu göstermektedir. Bunun başlıca nedenleri, yaratılan güvenlik, katılımcılar arasında inşa edilen güven ve uygulama seanslarına (haftasonu boyunca 7–8) yapılan yoğun vurgudur. Çoğu insan için atölye çalışmasında ortaya çıkan en önemli uzun vadeli değişiklik, davranışçı çalışmanın getirdiği, kişinin belirli bir durumda idrarını yapamamasının sorun olmadığı ve kişinin belirli durumlarda başarılı olamamasının dünyanın sonu olmadığı yönündeki bilişsel değişimdir.

Çalıştay Gözlemleri ve Yorumları

Uluslararası Parürezis Birliği, Utangaç Mesane Merkezi (SBC) aracılığıyla bugüne kadar dünya çapında 150’den fazla atölye çalışması gerçekleştirmiştir. Bu çalıştaylara 1.100’den fazla kişi katılmıştır (bazı kişiler birden fazla çalıştaya katılmıştır). Atölye çalışmaları yedi farklı ülkede (Avustralya, Kanada, Fransa, Almanya, Rusya, İngiltere ve Birleşik Devletler), başta BD olmak üzere dünya genelinde kırktan fazla farklı şehirde gerçekleştirilmiştir. 1997’den 2003’e kadar gerçekleştirilen çalıştaylardan elde edilen veriler, Soifer ve arkadaşları (2010) tarafından özetlenmiştir ancak kısaca belirtmek gerekirse sonuçlar mükemmel olmuştur. Çalıştaylarda yer alan grup sürecinin yazılı bir açıklaması da bulunmaktadır (Soifer, 2013).

Yazarlarımızdan Steven Soifer, yüzden fazla atölye çalışması sunduktan sonra aşağıdaki kişisel gözlemleri yapmıştır:

1. Atölye çalışmalarına, kadınlardan çok erkekler (yaklaşık 9:1 oranında) katılmaktadır,
2. Kültürler arasındaki benzerlikler şaşırtıcı,
3. Katılımcılar arasında parürezislerinin kökenine ilişkin ortak bir tema, çocukluk veya ergenlik döneminde, genellikle okulda yaşanan bazı zorbalık deneyimleridir ve,
4. Atölye çalışmaları, katılımcıların çoğu için dönüşümsel bir deneyimdir ve birçoğu haftasonu boyunca önemli ilerlemeler kaydetmiştir.

Bir başka ortak tema da, atölye çalışmalarındaki duygusal dinamikler ve bunların birçok katılımcı için ne kadar iyileştirici olduğudur. Hayatlarında hiç kimseye anlatmamış olan katılımcılar, çoğu kez çocukluklarından beri taşıdıkları en acı verici sırlardan birini şimdi açıkça ortaya koymaktadır. Çoğu insanın ilk gece öykülerini paylaşırken hissettiği anlık yakınlık, katartiktir.

Bir atölye çalışmasından sonra, insanların genellikle kafaları iyi olur ve eve döndüklerinde bıraktıkları ortamın aynısını bulurlar. Haftasonu deneyiminden sonra bir hayal kırıklığı hissetmeleri, beklenmedik bir durum değildir. Bu önemli nokta, atölye bitmeden önce herkesle tartışılır ve sürekli iyileşmenin anahtarının pratik yapmak, pratik yapmak, pratik yapmak olduğu anlaşılır. Dr. Soifer'in son yirmi yılda atölye çalışmalarına liderlik etme deneyimine dayanarak, insanların atölye çalışmasında kaydettiği ilerlemeyi sürdürmek için haftada en az bir kez ve ideal olarak her gün evde pratik yapmaları gerekmektedir.

İnsanlar bunu kendi başlarına yapabilseler de, bir destek grubunun yardımıyla yapmak çok daha kolaydır. Şu anda IPA'nın, on bir farklı ülkede ve Birleşik Devletler'in 25 eyaletinde destek grupları bulunmaktadır. Yakınınızda bir destek grubu varsa, ona katılın. Eğer yoksa, daha önce belirtildiği gibi bir tane kurmayı düşünün.

Bir atölye çalışmasından sonra, sürdürme pratiği için bir idrar yapma arkadaşının olması da önemlidir. İdrar yapma arkadaşları destek grupları aracılığıyla ya da arkadaş veya aile bireylerinden yardım alarak bulunabilir.

Bir atölye çalışmasından sonra, başarı ivmesini sürdürme sorunu yaşayan diğer kişilerle proaktif olmak yardımcı olur. Belirli bir şehirde, bölgede veya ülkede izole olmuş kişilerin bu sorun için destek bulması zor olduğundan, IPA'nın internet sitesinde moderatörlü bir konuşma forumu bulunmaktadır. IPA internet sitesinde, insanların kendi bölgelerinde uygulama arkadaşları arayabilecekleri bir sohbet bölümü vardır. IPA ayrıca, insanların utangaç mesaneden kurtulmakta olan biriyle konuşabilecekleri bir telefon arkadaşlığı sistemine de sahiptir. Bu telefon destek sistemi, kuruluşun bu zorluğu yaşayan insanlara yardım etmeyi umduğu en son yoldur.

Son olarak, Birleşik Devletler'in kırsal kesimlerinde yaşayanlar ve yardım için başka seçeneği olmayan uluslararası kişiler için Skype oturumları da bulunmaktadır.

Çeşitli nedenlerle çalışma ortamı, parürezisli kişiler için bir atölye çalışmasından sonra takip çalışması yapmanın hâlâ en zor olduğu yerlerden biridir. Açıkçası, çalışma ortamı insanlar için benzersiz zorluklar yaratmaktadır ve bazıları (belki de haklı olarak) işlerinin, bu durum nedeniyle tehlikeye girebileceğini ve/veya tehlikeye girdiğini düşünmektedir.

İşyerinde bir "idrar yapma arkadaşı" tutma lüksünüz yoksa ve durumunuz zorsa, insanların pratik yapmasına yardımcı olmanın çeşitli yolları vardır. Seçenekler çok çeşitlidir, bu nedenle aşağıdakileri sağlamak zordur. Burada özel öneriler bulabilirsiniz. Bununla birlikte, işyerinde makul kolaylıklar talep etmekte bir sakınca yoktur. Bu, tamamen kendinize ait özel bir tuvalet anlamına gelmese de, işveren açısından esneklik anlamına gelir. Bu konu hakkında daha fazla bilgi için lütfen, hukuk ve parürezis ve böyle bir durumda kişinin yasal haklarının neler olduğu bölümüne bakın.

Seyahat Ederken (Özellikle Uçaklarda) Derecelendirilmiş Üstüne Gitme Uygulaması

Seyahat etmek parüretikler için çok zor bir durum olabilir. Simüle edilmiş seyahat koşullarında pratik yapmak, sizi ister iş ister eğlence amaçlı olsun gerçek seyahatin zorluklarına hazırlayabilir. Bunu iyileşme sürecinizdeki bir başka aşama olarak değerlendirin. Hareket etmeyen bir trene binmek gibi, zorluk derecesi en az olan seyahat durumuyla başlayın ve ardından hareket eden bir otobüs veya trende tuvaleti kullanmak gibi daha zor durumları deneyin. Yerdeki ulaşım araçlarında rahat olduğunuzda, bir sonraki engel uçak yolculuğu zorluklarını ele almaktır.

Uçaklarda parürezisle mücadele etmek özellikle zordur. Sadece fiziksel olarak kısıtlanmakla kalmazsınız, aynı zamanda hareket ve çok küçük tuvalet ve lavabolar gibi diğer fiziksel koşullar da birçok insan için en iyi koşullarda uçak tuvaletini kullanmayı zorlaştırır.

Uçak yolculuğunu idare etmek için birkaç temel yöntem vardır: 1– kendi kendine kateterizasyonu öğrenin; 2– idrar üretimini ve dolayısıyla işeme dürtüsünü bastırın (belki desmopressin, antihistaminikler ve/veya ibuprofen ile desteklenir); ve 3– uçakta rahat olana kadar, uçakta aşamalı üstüne gitme terapisi egzersizleri uygulayın. Uzun bir uçuşa çıkmadan önce mümkünse, en fazla iki saate kadar kısa uçuşlarda pratik yapın. Bir arkadaş yardımcı olabilir ancak gerekli değildir. Son olarak, yolculuk segmentlerinizi üç veya dört saatten fazla olmayacak şekilde sınırlandırın, çünkü bu, dolu bir meşane ile uçuşta sıkışıp kalma olasılığınızı azaltacaktır.

İlaçlar

Son olarak ve belki de hem tartışmalı hem de heyecan verici olan, ilaç kullanımıdır. Birkaç kişi, en azından biri Urecholine (bethanecol chloride) ile birlikte valium bileşiminin başarılı olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, diğerleri daha önce söz edilen ilaçları bir SSRI (veya SNRI) ile kullanarak veya hatta tek başına bir SSRI (veya SNRI) kullanarak başarı elde etmişlerdir. Sizin için uygun bileşim ve dozaj hakkında bir hekimle konuşmalısınız. Bazıları için, bu ilaçlar iyi bir fikir değildir. Bir sonraki bölümde ilaçların kullanımı daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Parürezisin değerlendirilmesinde ve tedavisinde önemli bir adım, bir sağlık uzmanından tıbbi yardım almaktır. Danışmanız gereken ilk tıbbi hizmet sağlayıcısı pratisyen hekim, iç hastalıkları uzmanı veya aile hekimi gibi tıp doktoru olmalıdır. Daha önce de belirtildiği gibi, öncelikle bir tıp doktoruna danışılmasının nedeni, UMS tanısı koyulmadan önce idrar yapamamanın fiziksel bir nedeninin dışlanması gerektiğidir. İdrar yapamamaktan yakınan çoğu kişinin durumlarından sorumlu olan fiziksel nedenlerin olmadığına dikkat etmek gerekir.

Parürezis bulunan çoğu kişi gibiyseniz, durumunuzla ilgili doktorla konuşma düşüncesi bile göz korkutucu ve bunaltıcı olacaktır. Bu nedenle, konuşurken kendinizi rahat hissedeceğiniz bir tıp uzmanı bulmaya çalışın. Doğru doktoru ararken ailenizden ve arkadaşlarınızdan veya sağlık sigortası şirketinizden gelen önerilere güvenin. Duygularınızı, korkularınızı ve endişelerinizi ifade etmekte kendinizi rahat hissetmiyorsanız henüz doğru kişiyi bulamamışsınız demektir. Aramaya devam edin.

Doktorunuza belirtilerinizin öyküsünü verdikten ve tıbbi muayeneden geçtikten sonra birinci basamak hekimi, parürezisin fiziksel nedenini dışlamak için üroloji uzmanına yönlendirmek isteyebilir. Bu yönlendirme sizi endişelendirmesin, bu oldukça yaygın bir hareket tarzıdır. Ürolojik sistem karmaşıktır ve bir uzman, ürolojik sistemin fizyolojik sorunlarını aile hekiminden daha özgün olarak tanımlayabilir.

Bununla birlikte, birçok tıp uzmanının halen idrar yapamamanın bir nedeni olarak UMS'yi bilmediğine dikkat çekmek isteriz. Bundan ötürü tüm hekimlerin hatta ürologların bile bu durumu ve nasıl tedavi edilebileceğini bildiklerini düşünmeyin. Parürezisin yaşamınızdaki önemini ele alırken kendi avukatınız olmak, size yani danışana bağlı olacaktır. Randevu almadan önce ürologunuzu arayın ve idrar yapamamanızın nedeninin UMS olabileceğinden kuşku landığınızı belirtin. Aldığınız yanıtla ilgili kendi rahatlık hissinize güvenin ve ardından doktorun bu tanıyla ilgili açık ve sepmatik olacağını düşünüp düşünmediğinize karar verin. Bunu söylemek üzücü ancak doktorların bu konuyla ilgili algısı çok değiştiği için, dinleneceğinizi ve ciddiye alınacağınızı varsayamazsınız. Doktordan aldığınız yanıtla ilgili rahatsızlık veya huzursuzluk hissederseniz, başka bir doktor aramaya devam edin. Ayrıca IPA'da ülke genelinde parürezis konusunda bilgi sahibi olan ürologların bir listesi de bulunmaktadır.

Doktor Ziyareti

Kendinizi rahat hissettiğiniz bir sağlık uzmanı bulduğunuzda, kendinizi onları eğitirken bulabilirsiniz. Bu durum, tıp çevrelerinde gerektiği veya hakettiği ilgiyi görmemiştir. Bu da ne yazık ki kendinizi, yardım için bulduğunuz kişiyi eğitmek zorunda kalacağınız bir konumda olabileceğiniz anlamına gelir. Bu olasılık gözünüzü korkutmasın. İdrar yapamamanızın yaşamınızı nasıl etkilediğine ilişkin ayrıntılı bilgi vermek için zaman ayırın. Spor etkinliklerinden, filmlerden, konserlerden, ailece tatillere gitmekten kaçınma ve bunun ilişkilerinizi nasıl etkilediğine ilişkin örnekler verin. Çok sıkışmanızın, idrara çıkma beceriniz üzerinde hiçbir etkisi olmadığını vurgulayın. İster tıbbi hizmet sağlayıcıları ister ruh sağlığı hizmeti sağlayıcıları olsun, çoğu sağlık çalışanı bu duruma şaşırarak ve en nihayetinde fi-

ziksel idrar yapma ihtiyacının idrar yapamamakla ilişkili zihinsel zorlukların üstesinden geleceğine yanlış bir şekilde inanacaktır. İdrarınızı yapamadığınız durumların en uç örneklerinden bir ya da ikisini ve bunun üzerinizdeki etkisini anlatın. Uyuşturucu testi örneği veremediğiniz için bir iş fırsatı kaçırdınız mı? Evinizden ve güvenli bir tuvaletten çok uzakta olduğu için, bir aile toplantısını kaçırdınız mı? Bunlar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, sorunun muazzam boyutunu anlamalarına yardımcı olacak türden örneklerdir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarını, kendilerini sizin yerinize koymaya ve sizin her gün yapmak zorunda kaldığınız gibi bu durumla başa çıkmak zorunda kalmaları halinde hangi günlük etkinliklerin kısıtlanacağını veya olanaksız duruma geleceğini düşünmeye davet edin.

Bu işyeri ziyareti sırasındaki önemli hedef (ister ilk tıbbi sağlayıcınızın işyerinde, ister ürolog veya ruh sağlığı uzmanıyla sürecinize devam ederken) bilgi alışverişini kolaylaştırmak için tehdit edici olmayan, işbirliğine dayalı bir tonu korumaktır. Bu konudaki bilgilerin, eğitimlerinin büyük bir parçası olmadığını unutmayın. Bu nedenle, bilgi eksikliğinden ötürü onları suçlayamazsınız. Bu fobinin altında yatan kavramların farkına vardıklarında, bu soruna yanıt verdiğini bildikleri tedavi yöntemlerine başvurabileceklerdir. Bilişsel-davranışçı terapinin (BDT), bu tür fobilerde yararlı olduğunu bildiğinizi belirtin. Bu kitabı tıp uzmanınızla paylaşın. Uluslararası Parürezis Birliği tarafından hazırlanan literatürün kopyalarını sağlayın. Amacınız, bu sorunun üstesinden gelmenize yardımcı olmak için durumunuzla ilgili önemli bilgileri paylaşmak olmalıdır. Burada püf noktası, iletişimdir. Kimin, parürezis hakkında daha fazla şey bildiği önemli değildir.

Sağlık uzmanınızla konuşurken hatırlamanız gereken bir diğer önemli hedef de, gerçek işeme bozukluğuna ilişkin özgün olmaktır. Evde idrar akışını başlatabiliyor musunuz? İşeme sırasında mahre-

miyetiniz olduğunda idrar akışı sabit mi? İdrar yapmayı bitirdiğinizde mesanenizin boşaldığını hissediyor musunuz? Görüntüler veya sesler sizi rahatsız ediyor mu? Birinci Bölüm'deki kendinizi değerlendirme testini, hekim veya ruh sağlığı uzmanı için bir kontrol listesi olarak kullanın. Parürezisin, işyerinde uyuşturucu testi için idrar örneği vermeyi, neredeyse olanaksız duruma getirdiğini belirtmeyi unutmayın. Bu nedenle gelecekte, bu konunun gündeme gelmesi durumunda talep üzerine idrar yapamadığınızı belgelemeniz gerekir. Bu, rastgele uyuşturucu testine uyum sağlama olasılığı için zemin hazırlayacaktır.

UMS bulunduğunu tıbbi olarak belgelendirmeden, durumunuzun gerçekliği riskli olacaktır. Doktorunuzdan bir yazı almanız, test merkezinin uyuşturucu testi için kan, saç veya tükürük testi gibi seçenekli düzenlemeler yapmasına olanak sağlayabilir. Eyalet [Birleşik Devletler] yasaları bu konuda değişiklik göstermektedir; bu nedenle kesin bir yanıt yoktur, ancak ilk savunma hattı tıbbi belgelendirmedir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunan uzmanınızla özel durumunuzun sonuçları ile ilgili açık, samimi ve eksiksiz bir şekilde konuşmalısınız. Konuyu geçiştirmeyin.

Doktorumla parürezis hakkında konuşma cesaretini kendimde bulamıyorum

Doktorunuz ile neler konuşmanız gerektiğini listelemek iyi olacaktır ama bunun için, bu utandırıcı sorunla ilgili konuşmaya hazır olmanız gerekir. Yazarlar, bu düşüncenin, özellikle de yıllar boyunca sessizlik ve yalnızlık içinde bu sorundan yakınan kişiler için ne kadar zor olduğunun farkındadır.

Parürezisi olan çoğu kişinin bu sorunu, sağlık personeli de dahil olmak üzere kimseyle konuşamamasının bir numaralı nedeni korkudur. Korku, kalbinizi sıkıştıran ve kelimelerin boğazınızda dü-

ğümlemesine neden olabilecek çok güçlü bir duygudur. Parürezisli kişilerin en sık yaşadığı korkular olumsuz yargılanma, gülünç bulunma, zayıf bir kişi olarak görülme (erkekler için daha az erkeksi), reddedilme ve/veya deli olduğunun düşünülmesi korkusudur. Bu düşünceler, Bölüm 5'te ana hatlarıyla verilen bilişsel yeniden yapılandırmanın çok büyük ölçüde yardımcı olabileceği çarpıtılmış düşüncelerdir.

Bilişsel yeniden yapılandırma yanlış, çarpıtılmış düşüncelerin tanımlanmasını ve bu düşünceleri, daha doğru özanlatımlarla değiştirmeyi kapsar. Olumsuz görüşleri kabul etmeyin ve kendinize, bu sorunla mücadelede devam etmenin, bunun hakkında konuşma ve yardım almayı riske atmaktan daha kötü olduğunu hatırlatın.

Bu sorunu, sağlık hizmeti sunan kişi ile konuşma korkunuzu yönetmeniz için ikinci bir yöntem, zaten bildiğiniz bir teknik olan aşamalı üstüne terapisi. Zamanla sorununuzu sağlık alanındaki uzmanlara açıklama deneyimi, sorun hakkında konuşma korkunuzu da azaltmaya yardımcı olacaktır. Bu, sorununuzu aileniz ve sevdiklerinizle konuşmakla aynı dinamiğe sahiptir – gizlilik örtüsü kaldırılır ve parürezisin belkemiği kırılmaya başlar.

Ruh sağlığı uzmanından yardım alma

İdrar yapamamaya ilişkin fiziksel bir neden ortadan kaldırıldığında, yanıt arayışı, sizi genellikle bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirecektir. Yardımcı olabilecek en az dört tip ruh sağlığı profesyoneli vardır: Psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve danışmanlar.

Psikiyatristler, ruh sağlığı sorunlarının tedavisinde uzmanlaşmışlardır. Tıp doktoru olmalarına ve sorunun fiziksel yönlerini ele alabilmelerine karşın, genellikle değerlendirmenin bu kısmı yukarıda belirtildiği gibi bir ürologa bırakılır. Bununla birlikte psikiyatristler, diğer fobi türlerinde işe yarayan ilaçları reçete edebilirler.

İlaç tedavisi tek başına parürezisin tüm dinamiklerini yeterince ele alamasa da, bazı ilaçlar bu bölümün ilerleyen yerlerinde belirtildiği gibi bazı danışanlarda yararlı olmuştur ve en azından araştırmaya değerlidir.

Bir psikiyatrist tarafından önerilebilecek diğer bir terapi de bilişsel-davranışçı terapidir. Tüm psikiyatristler, bu yöntem konusunda eğitim almamıştır. Sevk için Anxiety Disorders Association of America (<http://www.adaa.org/>) veya Association for Behavioral and Cognitive Therapies (<http://abct.org/Home>) ile iletişime geçmeniz yararlı olabilir.

Psikologlar, sosyal hizmet çalışanları ve danışmanlar, kaygı bozuklukları ve fobiler dahil olmak üzere psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde ve tedavisinde eğitim almış olan ruh sağlığı profesyonelleridir. Aynı zamanda davranışçı terapi eğitimi de alırlar ve bu da UMS'yi değerlendirmede ve tedavi etmede yardımcı olabilir. Bu profesyonellerin UMS ile ilgili bilgi ve tedavi deneyimlerinin kapsamı –eğer varsa– büyük ölçüde değişmektedir; bu nedenle UMS hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarını ve daha önce hiç bu sorunu olan birisini tedavi edip etmediklerini ve eğer tedavi ettilerse, başarılı olup olmadıklarını sormalısınız.

Parürezis için İlaç Tedavileri

Parürezis ile ilgili güncel kuram, mesane ve sfinkterlerinin (büzücü kasların), işemenin kontrolünde işlev bozukluğuna yol açan psikolojik bir sorun bulunduğunu içermektedir. İlaçlar, iki farklı yoldan biri ile etki gösterirler: Genel sedasyon ve merkezî sinir sistemi depresyonu ile birlikte korku ve inhibisyonu azaltarak veya doğrudan özerk sinir sistemi aracılığıyla mesane ve sfinkterler üzerinde etki ederek.

Bu nedenle, aşağıda belirtilen ilaçlar iki geniş başlıkta incelenir: Anksiyolitikler (kaygı gidericiler) ve ürolojik ilaçlar. Bunlar, mutlaka farmakolojik kategoriler değildir. İdrar tutukluluğuna neden olduğu bilinen başka bir ilaç kategorisi de, “Kaçınılması gereken ilaçlar” başlığı altında ele alınmıştır. Parürezise özgü fiziksel veya ruhsal süreçler üzerinde etkiye sahip olduğu bilinen bitkisel takviyeler, Bitkisel Çözümler başlığında ele alınmıştır.

Lütfen dikkat: Bu bölüm tıbbi bir öneri niteliği taşımaz. Bu bilgilerin verilmesinin amacı, ilaç seçiminde öneride bulunmak değil, tersine ilaçların sorununuz üzerindeki etkilerini anlamanıza yardımcı olmaktır. Bu bilgiler, sorununuz için hekim gözetiminde bir tedavi programına yardımcı olarak uygun ilaçları seçmek için psikiyatrist ya da pratisyen hekiminizle birlikte çalışmanızda yararlı olabilir.

Listede yer alan ilaçların hepsi olmasa da çoğu, Birleşik Devletler kökenlidir. Diğer ülkelerde aynı adla bulunabilirler veya bulunmayabilirler ve aynı şekilde BD’de üretilmeyen ancak yurtdışında ve BD’de bulunan başka ilaçlar da vardır (örneğin, afobazole yada fabomotizole, Rusya’da üretilir). Size yararlı olabilecek ilaç tedavilerini reçete etme veya önerme yetkisine sahip tek kişi, tıp doktorunuzdur. Ayrıca hiçbir klinik çalışma, herhangi bir ilacın tek başına kullanıldığında, parürezis tedavisinde etkili olduğunu göstermemiştir.

Bununla birlikte, olgusal kanıtlara dayanarak IPA, en iyi yaklaşımın ilaç tedavisi ve doktor gözetiminde destek grubu çalışması ve/veya bilişsel-davranışçı terapinin birleşimi olduğuna inanmaktadır.

Anksiyolitikler (kaygı giderici ilaçlar)

Bu gruptaki ilaçlar arasında barbitüratlar (sedatifler), benzodiazepinler (kaygı gidericiler), anti-depresanlar ve alkol bulunmaktadır. Bu maddeler, merkezi sinir sistemi üzerinde kaygının giderilmesiyle birlikte sedasyon (benzodiazepinler ve barbitüratlar) veya

beyin nörokimyasında daha uzun bir süre değişiklikler (antidepresanlar) meydana getirerek etki gösterirler.

Kodein, morfin ve eroin gibi opiyatlar da dezinhibisyona neden olabilir fakat tehlikeli olmalarının yanı sıra fiziksel bir yan etki olarak idrar yapma zorluğuna neden olabildikleri için parüreziste yararlı olmazlar. Alkol de sedasyon sağlayabilir ve kaygıyı azaltabilir ancak kullanımından kaynaklı çok daha olumsuz etkileri olduğunun da gözönünde bulundurulması gerekir.

Sedatif-hipnotikler- Barbitüratlar

Bir zamanlar uyku ilacı olarak tercih edilen barbitüratların, günümüzde epilepsinin kontrolünde ve anestezi indüksiyonu başta olmak üzere çok sınırlı tıbbi kullanımları vardır.

Ticari adlar: Nembutal, Seconal

Avantajları: Barbitüratlar inhibisyonu azaltır. Beyindeki GABA reseptörleri üzerinde, benzodiazepinler gibi etki ederler. Kitaba katkıda bulunan bir kişi, alkole benzer bir şekilde ancak akşamdan kalma olmadan güvenilir olarak işe yaradığını ileri sürmüştür.

Dezavantajları: Barbitüratlar tehlikelidir. Bağımlılık geliştirme potansiyelleri yüksektir ve aniden, kontrolsüz bir şekilde bırakılması durumunda epileptik nöbet ve ölüm riski taşırlar. Küçük bir doz aşımı bile merkezî sinir sistemini, koma ve ölüm noktasına kadar baskılayabilir. Bu ilaçlar standart uyuşturucu tarama testlerinde ortaya çıkacaktır, bu nedenle denemek istiyorsanız doktor reçetenizin olması gerekir.

Yan etkileri: Uyuşukluk, sendeleme, konuşma bozukluğu, koma ve ölüm.

Sedatif-hipnotikler- Benzodiazepinler

Bu ilaçlar, geçmişte halk arasında sakinleştirici olarak bilinirdi.

Ticari adları: Xanax, Valium, Librium, Klonopin, Halcion, Res-toril, Ambien

Avantajları: Kaygı gidericiler, parüreziste bir etken olabilecek kaygıyı azaltır.

Dezavantajları: Kaygı giderici ilaçların, şiddetli parürezisi olan kişilerin işemesine izin verecek kadar inhibisyonu azaltmaları olası görünmemektedir. Daha hafif olgularda işe yarayabilirler. Özellikle Valium (diazepam), mesane boynu etrafındaki düz kasları gevşetici etkiye sahip olabilir. Kaygı giderici ilaçlar alışkanlık oluşturabilir ve ilacı bırakırken özel dikkat gerektirir. Bununla birlikte, olgu düzeyinde, bu ilaçlar parürezisli bazı insanlara yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle değerlendirilebilir.

Yan etkiler: Alkol ve benzodiazepinler, beyinde aynı reseptör (GABA) üzerinde etki gösterdiğinden, eşzamanlı alkol tüketimi ile ağırlaşan uyuşukluk oluşabilir. Eşzamanlı kullanım, ek yatıştırıcı etkilere yol açabilir. Sürekli kullanılması, bağımlılık geliştirme riski oluşturabileceği için aniden bırakma ile yoksunluk durumu ortaya çıkabilir ve potansiyel olarak epileptik nöbetler ve ölüme yol açabilir. Ayrıca bu ilaçların, kaygı gidermek ve sedasyon oluşturmak yerine, tersine kişide uyarılma ve kaygının daha da kötüleşmesine neden olabilen, “paradoksal etkiler” olarak bilinen, potansiyel bir etkileri de vardır. Bu etki, daha çok yaşlılarda görülür.

Birçok kişi tarafından uyku ilacı olarak kullanılan ve ameliyat öncesinde de kullanılan, daha az bilinen başka benzodiazepinler de vardır. Bunlar, tipik olarak yukarıda belirtilen benzodiazepinlerden daha kısa etkilidir; ancak uzun süre sürekli kullanımları aynı yan etkilere yol açabilir.

Ticari adları: Rohypnol, Mogadon, Dormicum

Avantajlar: Bir katılımcı, hipnotiklerin (özellikle, Dormicum)

parürezis için yararlı olacak kadar yeterli zihinsel ayrışma ve kaygı giderici etki sağladığına inanmaktadır.

Dezavantajları: Bilinç bulanıklığı. Araştırmalar, kısa etkili benzodiazepinlerin uzun etkili olanlara göre daha fazla alışkanlık yapabileceğini göstermektedir.

Yan etkileri: Uyuşukluk, kafa karışıklığı, hafıza kaybı (Yukarıda benzodiazepinler için belirtilen yan etkilere bakınız).

Antidepresanlar ve ilgili ilaçlar

Antidepresanlar, beyin kimyasında büyük ve az anlaşılan değişikliklere neden olur. Depresyon için terapötik yararları herkesin bildiği gibi kendine özgüdür: Bir kişide işe yarayan şey, başka bir kişinin durumunu daha da kötüleştirebilir. Bu, burada kapsamlı şekilde ele alamayacağımız kadar karmaşık bir konudur. IPA, antidepresanların –özellikle de seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin– UMS’de yararlı olduğuna ilişkin çok sayıda olguya ait raporlara sahiptir. Diğerleri ise hiç işe yaramadığını belirtmektedir. Özellikle UMS’nin yanısıra depresyon ve/veya kaygıdan yakınıyorsanız ve bu yolu kullanmayı düşünüyorsanız, tüm seçeneklerinizi bir doktorla, tercihen iyi bir psikiyatristle derinlemesine ele almalısınız.

Antidepresanlar, dört ana kategoriye ayrılır: trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri, selektif serotonin geri alım inhibitörleri ve serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri.

1. Trisiklik antidepresanlar. Bu ilaçlar genellikle TCA’lar olarak bilinir ve en eski antidepresan sınıfını temsil eder. Bu nedenle, dikkate alınması gereken bazı yan etkileri vardır. En yaygın yan etkiler arasında, alfa blokajına bağlı kan basıncında düşme, parürezis belirtilerini şiddetlendirebilecek antikolinergik etkiler; sedasyon (ancak bu herkes için geçerli değildir) ve kardiyak aritmiler (aritmilere zemin hazırlayabilecek uzun QT aralığını dışlamak için, TCA’lara

başlamadan önce bir EKG çekilmesi önerilir) yer alır.

Örnekler: amitriptilin, doksepin, klomipramin, protriptilin, nortriptilin.

2. Monoamine oksidaz inhibitörleri (“MAOI” veya “MAO inhibitörleri”). Tehlikeli, özellikle serotonin düzeyini arttırma işlevi gören diğer antidepresan ilaçlarla birlikte ölümcüldür. Bu bileşim, “serotonin sendromu” adı verilen tehlikeli klinik tabloya neden olabilir. MAO-I ile birlikte bazı gıda maddeleri –tiramin içeriğinden ötürü– hipertansiyon krizine neden olabilir. Potansiyel tehlikeler nedeniyle doktorlar nadiren bu ilaçları yazırlar.

Gözlemsel olarak, bu kategorideki antidepresanların parüreziste yararlı olduğu bildirilmiştir. Bu sınıftaki bazı ilaçların, bazı kişilerde sosyal kaygıyı azalttığı klinik olarak kanıtlanmıştır. Bununla birlikte, bu tehlikeli ilaçların SADECE aktif tıbbi gözetim altında kullanılması gerektiğini unutmayın.

Örnekler: Nardil, Moklobemid

Bu kategorideki en ilginç ilaçlardan biri, Nardil’dir. Sınavlara girme ve topluluk önünde konuşma gibi bazı sosyal fobilerde yararlı olmuştur ve bilimsel literatürde, parürezis ile ilgili karışık iddialar içeren raporlar vardır. Nardil’den farklı olarak, reversibl bir monoamin oksidaz inhibitörü olan Moclobemid’in parüreziste yararlı olduğuna ilişkin bir rapor vardır.

3. Seçici serotonin geri-alım inhibitörleri (SSRI’lar). SSRI’lar, temel bir nörotransmitter olan serotoninin, beyindeki etkin kullanımını arttırarak işlev görür. Bazı SSRI’ların, sosyal kaygıyı azalttığı klinik olarak kanıtlanmıştır; Prozac en bilinen örnektir. Tıp uzmanlarının popöler tercihi olan SSRI’ların diğer antidepresanlardan daha az tehlikesi ve yan etkileri olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte sadece Prozac’ın tüm yan etkileri ve kontr-endikasyonlarının

tam listesi oniki sayfa uzunluğundadır. Parürezisi bulunan birçok kişi, Paxil ile olumlu sonuçlar bildirmiştir. Farklı SSRI'lar arasında reseptör profilleri açısından farklılıklar bulunur. Paxil, bu ilaç sınıfında antikolinerjik etkisi en fazla olan ilaçtır. Bu nedenle potansiyel olarak kaygıyı azaltırken aslında idrar retansiyonunu da kolaylaştırabilir.

Ticari adlar: Prozac (fluoksetin), Paxil (paroksetin), Lustral (sertraline), Cipralext (essitalopram), Cipram (sitalopram), Faverin (fluvoksamin), Brintellix (vortiyoksetin)

Avantajları: Birçok olası yan etkiye rağmen bunların çoğu minimaldir veya doz ya da ilaç değışikliğı ile idare edilebilir. Çoğı kişi için SSRI'lar alışkanlık oluşturmaz. Özellikle tedavi; bilişsel-davranışçı terapi, destek grubu çalışması veya diğerkendi kendine yardım çalışmasını içeriyorsa, uzun süreli doz programından sonra bu ilaçları kullanmayı bırakmak mümkündür. Bu ilaçların optimal kullanım süresi ile ilgili fikir birliğı bulunmamaktadır ve kullanım her zaman bir doktorla koordine edilmelidir.

Dezavantajları: Yan etkiler, bazı kişiler için önemli olabilir. Uzun süreli kullanımın maliyeti önemli olabilir. Bazı kişilerin genetik yapısı nedeniyle, bu ilaçlar etkisiz kalabilir. İlacı bırakmak zor olabilir; bu ilaçların bazıları, rahatsız edici bırakma belirtilerine neden olabileceğı için bu ilaçları birden bırakmamalısınız.

Yan etkiler: Başlıca yan etkiler arasında, özellikle tedavinin başlangıcında veya doz değıştirildiğinde intihar düşünceleri veya davranışı, mide veya bağırsak kanaması, alerjik reaksiyon (nefes darlığı, boğaz tıkanıklığı, dudak, dil veya yüzde şişme ya da kurdeşen); kalp atımında düzensizlik, düşük tansiyon (baş dönmesi, yorgunluk), yüksek tansiyon (şiddetli baş ağrısı, bulanık görme), olağandışı kanama veya morarma, ateş veya üşüme, baş ağrısı, titreme, sinirlilik veya kaygı, mide bulantısı, ishal, ağız kuruluğı veya iştah ve kilo de-

ğişiklikleri (gastrointestinal yan etkiler en sık görülenlerdir), uyku hali veya uykusuzluk, cinsel yan etkiler (danışanların yaklaşık yüzde 40'ında görülebilir) vardır. Bu eksik bir listedir, daha fazla bilgi için her ilacın prospektüsüne bakınız.

SSRI'lar çocuklarda ve ergenlerde dikkatli kullanılmalıdır. Aşağıda, Effexor XR (SNRI) ürün prospektüsünde yer alan “kara kutu” uyarısının örneği verilmiştir. Tüm SSRI'larda benzeri uyarılar yer almaktadır: Önemli not: çocuklarda ve ergenlerde intihar eğilimi.

Antidepresanlar, Majör Depresif Bozukluğu (MDB) ve diğer psikiyatrik bozuklukları olan çocuk ve ergenlerde yapılan kısa süreli çalışmalarda intihar düşüncesi ve davranışı (intihar eğilimi) riskini arttırmıştır. Effexor XR veya başka bir antidepresanı bir çocuk veya ergende kullanmayı düşünen herkes, bu riski klinik ihtiyaçla dengelemelidir. Tedaviye başlayan hastalar klinik kötüleşme, intihar eğilimi veya davranışta olağandışı değişiklikler açısından yakından izlenmelidir. Aileler ve bakımverenler, yakın gözlem ve reçeteyi yazan hekim ile iletişim ihtiyacı konusunda bilgilendirilmelidir. Effexor XR, pediatrik hastalarda kullanım için onaylı değildir (Uyarılar ve Önlemler, pediatrik kullanıma bakınız). Majör depresif bozukluk (MDB), obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) veya diğer psikiyatrik bozuklukları olan çocuk ve ergenlerde 9 antidepresan ilacın (SSRI'lar ve diğerleri) kısa süreli (4–16 hafta) plasebo kontrollü çalışmalarının birleştirilmiş analizleri (4.400'den fazla hastayı kapsayan toplam 24 çalışma) tedavinin ilk birkaç ayında intihar düşüncesi veya davranışını (intihar eğilimi) temsil eden advers olaylara ilişkin daha yüksek risk bulunduğunu saptamıştır. Antidepresan alan hastalarda bu gibi olayların ortalama riski, yüzde 4 olup, plasebo riski olan yüzde 2'nin iki katıdır. Bu çalışmalarda hiçbir intihar gerçekleşmemiştir.

Bazı SSRI'lar için hiponatremi (düşük sodyum düzeyi) bildirilmiştir [bu SIADH (uygunsuz anti-diüretik salınım sendromu) olarak ad-

landırılan bir sendroma bağlıdır; bu herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte genellikle yaşlı hastalarda gözlemlenir]. Aşamalı üstüne gitme tedavisi için sıvı yüklemesi yapan parürezisli bir kişinin, yaşamı tehdit eden bir duruma yol açabilecek tehlikeli derecede düşük sodyum düzeylerinden kaçınmak için sıvı alımına yeterli miktarda sodyum ekleme konusunda özellikle dikkatli olması gerekir.

4. Serotonin ve noradrenalin geri-alım inhibitörleri (SNRI'lar). Bu sınıfın iki prototipi duloksetin (Cymbalta) ve venlafaksin (Effexor)'dir. Diğer yeni ilaçlar arasında desvenlafaxine (Pristiq), levomilnacipran (Fetzima) ve milnacipran (Savella) bulunmaktadır. Noradrenalin ve serotonin düzeylerini (daha yüksek dopamin düzeyleri) arttırmada çift etkiye sahiptirler. Diğer antidepresan sınıflarına benzer etkinliğe sahiptir ve genellikle kaygı giderici etkilerini daha yüksek dozlarda gösterirler.

Avantajları: Cymbalta, psikiyatrik belirtilere ek olarak eşlik eden nöropatik ağrı yaşayan danışanlarda etkili bir yardımcı olarak kabul edilmektedir. Bu ilaçlar genellikle iyi tolere edilir ve giderek daha popüler duruma gelmektedir.

Dezavantajları: Yan etki profili, SSRI'lar için yukarıda belirtilenlerden önemli ölçüde farklı değildir. Noradrenalin düzeylerinde artış olduğu için diyastolik kan basıncında doza bağlı artış gözlenmiştir ve izlenmelidir. Ayrıca venlafaksinden, çok rahatsız edici olabilen bir bırakma sendromu tanımlanmıştır. Fizyolojik olarak noradrenalin, üretral sfinkterin (büzücü kasın) kasılmasını arttırabilir. Bu nedenle parürezisi şiddetlendirme açısından bu ilaçların kullanımı ile ilişkili bazı riskler söz konusudur.

Ürolojik ilaçlar

Hytrin, Flomax, Cardura, Minipress, Uroxatral ve Rapaflo gibi alfa-adrenerjik bloke ediciler kan basıncınızı düşürebilir. Prostat ve

mesane boynunun düz kaslarını gevşetir ve parürezis bulunan kişilerde yararlı olabilir veya olamayabilirler. Genellikle BPH (benign prostat büyümesi) için reçete edilirler. BPH, prostat bezinin; zayıf bir idrar akışına, mesanenizi tamamen boşaltamadığınız hissine, idrar yapmaya başlamada gecikme hissine, sık idrara çıkma veya hemen idrar yapılması ihtiyacına yol açabilen bir büyümesidir. Bazı doktorlar, görünüşe göre kaçınan parürezisi BPH ile karıştırmakta ve reçete yazmakta ısrar etmektedir. Bu nedenle danışanların, ilacın eksik veya yanlış tanıya göre verilebileceğinin farkında olmaları gerekir.

Alfa bloke edici ilaçlar, ilk dozdan sonra kan basıncında ani düşüşe neden olabilir. Gözlemsel kanıtlar, bu ilaçların parürezis bulunan kişilere yararlı olması gerekirken, genellikle yararlı olmadığını gösteriyor gibi görünmektedir.

Betanekol klorür, parasempatik sinir sistemi uyarıcısıdır. Operasyon sonrası gelişebilen idrar retansiyonu için rutin olarak kullanılır. Betanekol, mesanede istemsiz kasların kasılmasını arttıran bir ilaçtır. İdrar yapma hissini artırır. Bununla birlikte parürezis, üriner sistemin büzücü kaslarının gevşetilememesini içeren bir özelliğe sahip olduğu için betanekol, üriner sistemin bir bölümü üzerinde etkili olabilirken diğer bölümü üzerinde hiçbir etkiye sahip olmayabilir. Başka tipte işeme zorlukları yaşayan kişiler için uygun olmadığı gibi parürezis için de uygun olmayabilir.

Alkol. (Önerilmez ancak bütünlük olması için dahil edilmiştir).

Avantajları: Kitabımıza katkıda bulunan bazı katılımcılar, alkolün çekingenliklerini azaltarak, rahatsız edici durumlarda bile işemelerini sağladığını ifade etmişlerdir.

Dezavantajları: Alkol, diüretiktir. Antidiüretik hormon (ADH) salınımını engelleyerek daha fazla miktarda idrar oluşumuna neden olur ve sıvı alımını sınırlama gibi kaçınma davranışı olan kişiler için

bu durum tehlikeli olabilir. Aşamalı üstüne gitme terapisi alan bazı kişiler engellemeleri azaltmak ve idrar üretimini arttırmak için üstüne gitme seansında bir bira içmiştir. Alkol sizde işe yarıyorsa, susuz kalmayı önlemek için yeteri kadar alkolsüz içecek içiniz. Herkeste işe yaramaz.

Yan etkileri: Kaygınızı gidermek için yeterli miktarda alkol aldıktan sonra sarhoş olabilirsiniz. Sarhoşluğa neden olan bir madde, parürezis gibi kronik bir durumun tedavisi için çok risklidir. Alkol, bağımlılık yaratabilir ve aslında tedavi olmak için IPA'ya başvuran pek çok kişinin öyküsünde alkolizm yer almaktadır. Karaciğer ve beyin (geri dönülemez) gibi önemli organlara zarar verebilir ve yüksek dozlarda koma ve ölüme neden olabilir. Bu riskler nedeniyle IPA, parürezis tedavisi için alkolü tavsiye etmez.

Bitkisel çözümler

Birkaç bitkisel ilacın, kişinin ruh hali veya üriner sistemi üzerinde etkileri olduğu ileri sürülmektedir. Bu ilaçların denenmesi olumlu sonuçlar sağlayabilir ancak IPA, bunların özellikle yararlı olduğuna ilişkin herhangi bir rapor sahibi değildir. Yine bu maddeler, sadece bir hekim tavsiyesiyle, kendi sorumluluğunuzda denenmelidir. Bitkisel ilaçlarla ilgili yaşanan yaygın bir sorun, dozun iyi kontrol edilmemesidir. Bu nedenle farklı üreticilerin ürünleri, farklı aktif madde konsantrasyonlarına sahip olabilir. Aynı üreticinin partileri arasında bile konsantrasyonlar farklılık gösterebilir.

‘Kava-Kava’: Polinezya’da yetişen ve rahatlatıcı özelliklere sahip olan bir kökün özüdür (Piper methysticum). Kaygıyı azaltabilir ve kişinin biraz öforik hissetmesini sağlayabilir. Bununla birlikte, bu kök aynı zamanda belirli bir genetik yapısı olan veya karaciğeri etkileyen diğer rahatsızlıkları olan kişilerde karaciğer hasarına neden olmaktadır. Mart 2002’de US Food and Drug Administration (BD Gıda ve İlaç Dairesi), karaciğer hasarı olan veya karaciğer işlevleri-

ne zarar veren ilaçlar alan kişileri kava-kava kullanmadan önce hekime danışmaları konusunda uyarmıştır.

‘St. John’s Wort’ (*Hypericum Perforatum*): Sarı kantaron bitkisinden elde edilen ve ruh halini etkileyen bir başka bir bitkisel takviyedir. Hafif depresif veya kaygılı olgularda yararlı olabildiğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Serotonin üzerindeki etkileri nedeniyle diğer antidepresanlar ile kombinasyonu serotonin sendromuna yol açabilir. Bu nedenle dikkat edilmelidir. Linde, Klaus, ve ark’nın “St. John’s Wort for depression - an overview and meta-analysis of randomized clinical trials” başlıklı makalesine bakınız. BMJ 1996; 313:253-258 (3 Ağustos). <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/313/7052/253>.

‘Cüce palmye’: Amerikan cüce palmye ağacı olan *Serenoa Repens* bitkisinin kısmen kurutulmuş meyvesinden elde edilir. Genel olarak benign prostat büyümesinin (BPH) belirtilerini tedavi etmek için kullanılır. Kronik prostat iltihabının tedavisinde de kullanıldığı bildirilmiştir fakat kontrollü klinik çalışmalar yapılmamıştır (Di Silverio ve ark. 1992).

Kaçınılması gereken ilaçlar

Çoğu antihistaminik, anestezi veya sedasyon için kullanılan ilaç sınıfına aittir. Bu ilaçlar antikolinerjiktir ve yan etki olarak idrar retansiyonuna neden olabilir.

Herhangi bir noradrenerjik^[1] ilaç (örneğin, Effexor, belki Wellbutrin, Strattera gibi) ve antikolinerjik^[2] ilaçlar (çoğu noradrenerjik olan, imipramin, klomipramin, nortriptilin gibi trisiklikler) veya

1- **antikolinerjik**: Mesane duvarının (detrusor kası) kontraksiyonunu teşvik eden nörotransmitter olan asetilkolinin fizyolojik etkisine karşı koyan ya da engelleyen.

2- **noradrenerjik**: Sinirsel tepkilerin iletiminde noradrenalin kapsayan, serbestleştiren ya da bununla etkinleşen. Noradrenalin, sempatik sinir sisteminde nörotransmitter ve vücudun stres ya da korkuya gösterdiği tepki sırasında salgılanan bir hormon olan adrenalinin (epinefrin) öncülüdür.

mide sorunlarını tedavi etmek için kullanılan antikolinerjik ilaçlar bir yan etki olarak idrar tutukluğuna neden olabilir. Ancak bunun gerçekleşme derecesi oldukça değişkendir.

Genel olarak kişinin parürezisi varsa, bir yan etki olarak idrar retansiyonu yapan veya işlemeye başlamada zorluğa neden olan bir ilaç dikkatlice kullanılmalı ya da kullanılmamalıdır. İdrar yapmayı engelleyebilen ve yaygın olarak reçetesiz satılan ilaçlar arasında ibuprofen vardır (Marka adları Advil, Midol, NeoProfen, Caldolor, Motrin, Select, Ibu ve Profen).

Özet

Parürezisin üstesinden gelmek için bir tıp uzmanıyla el ele birlikte çalışmak, şart olmasa da önemlidir. Bir tıp uzmanıyla ilişki kurulması, parürezis sırrının açıklanmasını ve çoğu kez de onun eğitilmesini kapsar. UMS nedeniyle tıbbi yardım alma düşüncesi ürkütücü bir öneridir, gevşeme teknikleri ve bilişsel yeniden yapılandırma işe yarayabilir.

Bazen, bir doktorla konuşma cesaretini topladıktan sonra bile, doktor olumlu yanıt vermez. Bu durumda kendinize bütün doktorların aynı olmadığını hatırlatın; onlar da insan sonuçta. Bulduğunuz doktor ile iletişim kurmada sorun yaşıyorsanız zamanınızı boşa harcamayın. Devam edin. Başka bir doktora, önceki doktorunuzun sizi dinlemediği veya ciddiye almadığı için başka bir doktor arama ihtiyacı hissettiğinizi söyleyin. Önceden saygı beklediğinizi, yardım istediğinizi ve kendi sağlık avukatınız olduğunu bilmesini sağlayın. Parürezinizi kontrol altına alın, o da artık sizi kontrol edemez duruma gelecektir.

Aile Bireyleri, Yakın İlişki Eşleri ve Arkadaşlar İyileşme Sürecinizde Size Nasıl Destek Olabilir

Hayatında hiç UMS yaşamamış biri için, bu o kadar da büyük bir sorun gibi görünmeyebilir. Bir kimsenin toplum içinde idrarını yapamamasının ne önemi var? Bu, bir tür hastalık ya da bağımlılık gibi bir şey değil, öyle değil mi? Bu oldukça yanlış bir düşüncedir. Gerçek şu ki, UMS ile yaşamak asla uyanamayacağınız bir kâbustan başka bir şey değildir. Günlük idrar yapmanın fiziksel gerekliliğinin bir işlevi olarak bu sorundan kaçınmak olanaksızdır.

Kırk yaşında bir kadın, erkek arkadaşının yaşamı boyunca parürezis ile mücadelesini nasıl öğrendiğini anlatıyor:

“Gözlerini kapattı ve başını arabanın ön koltuğuna yasladı. Sonra dedi ki, ‘Sana söylemem gereken bir şey var. Bunu sana söylediğimde, davranışlarım tamamen anlam kazanacak ve her şey daha da netleşecek.’ Acı ve sıkıntı içinde olduğunu belli eden derin bir iç çekti. Bana söyleyecek bu kadar büyük, bu kadar zor, bu kadar korkunç ne olabilir diye merak ettim. Çocukken tacize mi uğramıştı? Uyuşturucu ya da alkol bağımlılığı gibi bir sorunu mu vardı? Bana döndü ve şöyle dedi: ‘Benim bir sorunum var. Son 25 yıldır bu sorun ile birlikte yaşıyorum. Halka açık alanlarda yer alan genel tuvaletlerde idrarımı yapamıyorum. Bunu, ilk kez sana anlatıyorum ve daha önce kimseyle paylaşmadım.’

“Bu anlatımın tüm sonuçları henüz aklıma gelmeden verdiğim ilk tepki, her ne kadar onun için travmatik bir durum olsa da bunun korktuğum kadar kötü olmadığı yönündeydi. Başlangıçta rahatlamıştım. Anlatmaya devam etti, ‘Bu yüzden dışarı pek çık-

miyorum, bu yüzden uzun mesafe araba kullanmayı sevmiyorum. Çoğu zaman evimdeki tualeti kullanabiliyorum ama sen oradayken, bu benim için bazen zor oluyor. Dokuzuncu sınıfta okulumu bıraktım çünkü okulun tuvaletlerini kullanamıyordum. Diplomamı aldıktan sonra üniversiteye geri döndüğümde, evime yakın bir mesafedeki üniversiteye kaydımı yaptırdım. Üniversiteye gitmek gibi bir deneyim, asla bir seçenek değildi.'

"O andan itibaren, daha önceki durumlar aklıma gelmeye başladı. İlk kez sinemaya gittiğimizde, iyi bir film oynamasına rağmen evinin bir blok ötesindeki sinemaya gitmek istemişti. Bütün günü çocuklarımla ve benimle geçireceğini söylemişti ama sadece birkaç saat bizimle vakit geçirdikten sonra gitti. Dışarı çıktığımızda alkol ya da başka bir şey içmezdi. İki saat uzaklıktaki bir düğüne benimle birlikte gitmeyi kabul etmemişti. Şu anki işinden nefret etmesine ve yeterli eğitim ve becerilere sahip olmasına rağmen, iş değiştirmek konusunda isteksizdi.

"Bu tür davranışlarını ve diğer pek çoğunu, onun kendine özgü özelliklerine bağlamıştım. Tüm bunların nedeninin, bu olduğunu asla tahmin edemezdim. Ama bunu öğrendikten sonra, daha kötüsü ile karşılaşmayı hayal bile edemiyorum."

Ne yazık ki, bu adamın yaşadığı deneyim parürezisli kişiler arasında oldukça yaygındır. UMS, bir şekilde nerede çalışacağınız, ne tür bir sosyal hayatınızın olacağı (ya da daha doğrusu olmayacağı), nasıl ilişkiler kuracağınızı, seyahat planlarınızı (ya da olmayan seyahat planlarınızı) ve ailenizle olan ilişkilerinizin nasıl olması gerektiğini sizin yerinize belirler. Hayatınızı her yönüyle etkisi altına alır.

İdrar yapma gereksiniminden kaçamayacağımız gibi, bu sorundan saklanacak hiçbir yer yoktur. Anlayışlı olmak bir yana, UMS hakkında bilgi edinmek için de çok az sayıda kaynak bulunmaktadır. Henüz hiçbir ünlü çıkıp da, UMS olduğunu ilan ederek kamu desteği, finansman ve araştırma için yardım istememiştir ve ne yazık ki, bu soruna yönelik bilgi ve duyarlılık eksikliğinin bir sonucu olarak, şu anda UMS olan insanlara yardımcı olabilecek çok az kaynak bulunmaktadır.

“Basit gerçek şu ki, müdahale ve tedavi olmaksızın UMS insanların hayatlarını mahvediyor. Bu sorun yüzünden birçok kişi intihar etmiştir.”

UMS’nin Eşler, Aile Bireyleri ve Yakınları Üzerindeki Etkisi

UMS ile ilgili en çok sıkıntı çekenlerin parürezisli kişiler olduğu gerçeği tartışılmaz. Bununla birlikte, aile bireyleri ve kişinin diğer yakınları da acı çekmektedir. Parürezisli kişilerin kendileri için çok az destek seçeneği olduğu gibi, sevdiklerinin de başvurabileceği hiçbir yer yoktur.

Parürezisli birçok kişi mevcut sorunlarını kimseyle paylaşmamayı tercih ettiğinden, sevdiklerinin ve yakınlarının konu ile ilgili hiçbir fikirlerinin olmaması yaygın bir durumdur. Bu sorun, yıllarca sır olarak kalmaya devam edebilir. Parürezisli bir birey yakınıysanız, ancak yakınınızın içinde olduğu bu durum ile ilgili herhangi bir bilginiz yoksa sevdiğiniz kişinin veya aileden birinin davranışları size tuhaf, mantıksız ve incitici gelebilir. Oğlunu beyzbol veya futbol maçına götürmeyen bir baba; kızını alışveriş merkezine götürmeyen bir anne, dışarıda yemek yemeyen veya herhangi bir kültürel etkinliğe katılmayan bir eş; sadece eve yakın mesafede olan bir üniversiteye gitmeyi düşünen bir çocuk; tatile gitmeyi reddeden bir aile bireyi. Tüm bunlar, UMS’ye özgü davranışlardır.

Parürezisli kişiler, genellikle bu davranışın arkasındaki gerçek nedeni açıklamayacakları için, durumun farkında olmayan eş, sergilenen davranışları yanlış anlar ve bir şekilde davranışı başka nedenlere bağlar:

“Ailemden hoşlanmıyor, bu nedenle de tatilleri ailemin evinde geçirmemek için seyahat etmeyi reddediyor”;

“Eğer babam beni gerçekten işinden daha çok sevseydi, beni Yankees’in maçına götürürdü”;

“Oğlumuz evde annesinin dibinden ayrılmıyor ve bir türlü okula gitmek istemiyor. Evden ayrılacağını hiç sanmıyorum.”

Yıllar içinde ilişkilerin gerilmesine ya da devam edememesine yol açacak derecede öfke ve kırgınlık oluşması da çok yaygın bir durumdur. Parürezisi olan birinin elinden hiçbir şey gelmez; aynı şekilde sevdiği kişinin de elinde hiçbir şey yoktur, hatta bunun nedeni bile anlayamaz. Parürezisli biriyle ilişki yaşamak, kafa karıştırıcı ve acı verici olabilir:

“Evimde harika bir akşam geçiriyorduk. Bana evde kalmamızı önermişti, ben de çok güzel bir akşam yemeği hazırlamıştım. Tatlı ve kahveden sonra romantik anlar yaşamaya başladık. Her şey harikaydı. Sonra aniden kalktı ve gitti. Ne bir açıklama ne de başka bir şey, sadece gitmesi gerektiğine ilişkin bir şeyler mırıldandı. O zamandan beri beni hiç aramadı. Güzel vakit geçirdiğimizi ve iyi anlaştığımızı sanıyordum. Sanırım, beni hiç umursamıyordu. Ya öyle ya da sadece bir pislikti.”

Sorunun varlığından habersizken, sevdikleriniz sizi nasıl anlayabilir? Bir gölgeyle nasıl savaşırsınız?

Parürezisli kişiler için, toplum içinde “normal bir şekilde” idrar yapma görevini yerine getirememenin yarattığı suçluluk duygusu; yanlış algılar ve/veya geride yalanlarla dolu birtakım izler bırakmaktan kaynaklanan suçluluk duygusuyla birleşerek daha da artar. Parürezis, hayatınızdaki her kararı şekillendirir, bu nedenle çevrenizdekileri etkilemeden edemez. Sorununuzun ne olduğunu açıkça anlatmaktansa, insanların hakkınızda olumsuz şeyler düşünmesine izin vermeyi tercih etmeniz, UMS’nin neden olduğu sıkıntıların bir başka korkunç bileşenidir. Diğer insanların sizin “sadece bir pislik” olduğunuzu düşünmelerine izin vermek, gerçeği söylemekten daha az acı verir.

Cesaretinizi toplayıp ve hata yapmadan –ki, bu cesaret ister– sevdiklerinize böyle bir sorununuz olduğunu anlatabilirseniz, verecekleri tepkilere şaşırabilirsiniz. Sizin açınızdan oldukça mantıksız gibi görünen bir davranışın gerçek bir nedeni olduğunu, doğrudan onlarla ilgisi olmayan bir nedeni olduğunu bilmek inanılmaz bir rahatlama sağlar. Çünkü bu, mantıksız gibi görünen şeyi mantıklı duruma getirir. Bu artık bir gölgeye karşı verilen mücadele değil, tanımlanabilir bir soruna karşı verilen mücadeledir. İşte bu noktada, parürezisli kişilerin, genellikle aile bireylerinin veya yakınlarının ısrarıyla, sorunları için profesyonel yardım almaları oldukça yaygın bir durumdur. Güçlendirilmiş destek, sevgi ve anlayış, yardım almak o kadar da korkutucu şeyler değildir.

Ancak parürezisli kişiler, sevdikleri kişi ya da yakınlarına, sorunlarının ne olduğunu anlattıktan sonra sırlarını açıklamaktan utanırlar. Bu, parürezisli kişilerin acınmaya değil, anlayışa, ilgiye ve şefkate ihtiyaç duydukları anlamına gelmektedir. Sevdikleri tarafından zayıf bir ışık altında görülme veya bir ucube olarak algılanma korkusu, parüretik bir kişinin bu sorunu bir sır olarak saklama kararını daha da güçlendirir.

Aşağıdaki öykü, bu duruma tipik bir örnektir:

“Evde annem ve babamla birlikte yaşıyorum. Onlar evdeyken rahatça idrarımı yapabiliyorum; rahatça idrarımı yapabildiğim tek kişi onlar. Eğer sorunumu ikisinden birine söylersem, bundan sonra sürekli olarak beni dinledikleri hissine kapılacağımdan ve onlar etrafımdayken artık idrarımı yapamayacağımdan korkuyorum. Bu düşünceleri açıklamak oldukça zor çünkü çok mantıksız fakat aynı zamanda duygusal bir gerçek.”

Bazen parürezisi olan bir kişi böyle bir sorunla karşılaşmaz. Eğer sorununu paylaşmak istemiyorsa, sevdiklerinin veya yakınlarının yapabilecekleri çok az şey vardır:

“Yirmi beş yıldır UMS sorunu ile birlikte yaşıyordu ve bunu söylediği ilk kişi bendim. İlk başta, bu sorununu benimle paylaşacak kadar bana güvendiği için onur duydum ancak geriye dönüp baktığımda, bunun ilişkimizin sonunun başlangıç noktası olduğuna karar verdim. Bu sorunu yaşadığı için benim gözümde daha az erkek olduğu düşüncesine kapıldı ve bunu kaldıramadı. Ben hiç de öyle hissetmiyordum. Tam tersine, bu soruna uyum sağlamaya çalışarak, yaşamında başardığı her şeye hayran kalmıştım. Fakat sonunda, benimle yüzleşmektense kendi sorunuyla tek başına yaşamayı tercih etti. Yapabileceğim hiçbir şey yoktu.”

Sevdiğiniz Kişinin Parüretik Olduğunu Öğrendiğinizde Ne Yaparsınız?

Peki, aile bireylerinden biri ya da sevgilisi iseniz, parürezisli yakınınızın sorununu sizinle paylaşması durumunda nasıl yardımcı olabilirsiniz? Yapabileceğiniz en önemli şey, parürezis konusunda yargılayıcı olmamaktır.

Kişinin neler yaşadığını, neler hissettiğini, korkularını dikkatle dinleyin. Durumu küçümsemeyin. Böylesine yıkıcı ve utanç verici bir sırrı sizinle paylaştığı için, gereken cesareti tanıyın ve kabul edin. Açık olun. Şefkatli olun. Küçümseyici olmamaya çalışın ve kesinlikle acıma duygusu sergilemeyin. Parürezisli birinin, böylesine bir sırrı sizinle paylaştıktan sonra onunla ilgili iyi düşüncelerinizin değişmediğine ilişkin onaylanmaya ihtiyacı vardır. Bunu ona sık sık belli edin. Aynı zamanda, tedavi sürecinde arkadaşlık görevini üstlenerek (4. Bölüm’de açıklanmıştır) ve onu her durumda dinlemek için hazır bulunarak, iyileşmesine yardımcı olabilirsiniz.

Parürezis konusu pek çok açıdan hassas bir konu olduğundan, parürezisli kişilerin bu konu hakkında ne zaman ve ne ölçüde konuşacaklarını belirlemelerine olanak tanımak yararlı olacaktır. Yoksa, onları sadece parürezisli bireyler olarak gördüğünüzü düşünüp bu durumu takıntı durumuna getirmeye başlayabilirler. Böyle bir du-

rum, takıntılı düşüncelerin devam etmesine neden olur ve iyileşme sürecinde oldukça önemli bir rol oynayan desteğe ters etki yapar.

Unutmayın ki, belki de bu kişinin tüm yaşamı boyunca mevcut sorununu paylaştığı ilk kişi siz olabilirsiniz. Vereceğiniz tepkiler, kişinin yaşadığı bu sorunu başkalarına anlatıp anlatmayacağı ya da tıbbi bir destek almak isteyip istemeyeceği üzerinde iyi ya da kötü inanılmaz bir etkiye sahip olabilir. Alaycı veya onu küçük düşürecek şekilde bir tepki vererseniz, parürezisli kişi tamamen susacak, gizliliği sürdürecektir ve tedaviye giden yoldan vazgeçecektir. Ancak, nazik bir şekilde ve duyarlılıkla tepki vererseniz, parürezisli kişilerin en kötü korkuları olan yargılanma korkusu ortadan kalkacak ve tedavi sürecine sağlıklı bir şekilde başlayabilecektir.

Özet

Aile bireyleri, yakınlar ve arkadaşlar, UMS'den kurtulmada yaşamsal ve oldukça önemli bir rol oynayabilirler. Parürezisin sevdiğiniz kişinin hayatı üzerindeki etkisinin büyüklüğünü anlamak ve benimsemek, şefkatli olmak ve yargılayıcı tavırlar sergilememek, dinlemek ve konuyla ilgili bilgi akışını yönlendirmesine izin vermek, sevdiklerinize bu durumun üstesinden gelme mücadelesinde destek olmanın yollarıdır.

Parürezis günlük yaşamda acılara neden olurken ayrıca dikkate alınması gereken yasal sonuçları da vardır. İşyerlerinde uygulanan zorunlu uyuşturucu testi, parürezisli olan kişiler için önemli bir sorundur. İşe alım, sürekli istihdam, askerî veya hapishane ortamlarında gerçekleştirilen zorunlu uyuşturucu testlerinin amaçları doğrultusunda, “istek üzerine işeme” gerekliliği, parürezisli kişilerin fiziksel kapasitesinin oldukça ötesindedir. Bu nedenle, istek üzerine idrar örneği verememek, ciddi sonuçlar doğurabilir.

UMS’si olan kişilerin bazı düzenlemelere ihtiyacı vardır. Bugüne kadar, Engelli Amerikalılar Yasası [Americans with Disabilities –ADA] ve şimdi de Düzenlenmiş Engelli Amerikalılar Yasası [Americans with Disabilities Act as Amended–ADAAA], parürezisli kişilerin ayrımcılık ile ilgili dava açabilmelerine olanak sağlayan tek mevzuat parçalarıdır.

IPA neredeyse kuruluşundan bu yana tükürük, saç, kan ve bant gibi normal koşullarda idrar örneği alınarak yapılan uyuşturucu testlerine seçenekler getirmek için mücadele etmektedir. IPA bu konuda kısmi de olsa bir zafer kazanmıştır, çünkü ağız sıvısı uyuşturucu madde testi onaylanmıştır, ancak Madde Bağımlılığı Ruh Sağlığı ve Hizmetleri Dairesi (SAMHSA) tarafından bir seçenek olarak gereksiz sınırlamalar getirilmiştir. 25 Ekim 2019 tarihinde yayınlanan düzenlemeler ile ilgili ayrıntılı bilgiye (1 Ocak 2020 tarihinden

itibaren geçerli), aşağıda yer alan linkten ulaşabilirsiniz: <https://www.federalregister.gov/documents/2019/10/25/2019-22684/mandatory-guidelines-for-federal-workplace-drug-testing-programs>oralfluid.

Sonuç olarak, Birleşik Devletler çalışanları için oral sıvı uyuşturucu madde testine ilişkin kılavuz ilkeler mevcut olsa da, bu testi uygulayan her federal kurum testte idrar mı yoksa tükürük örneği mi kullanılacağına kendisi karar vermektedir. Dolayısıyla, uyuşturucu testine tâbi tutulan federal çalışanlar, kendileri için hangi tür testin kullanılacağı konusunda resmî bir söz hakkına sahip değildir ve utangaç mesane sendromu olan bireyler otomatik olarak uyum sağlayamayabilirler.

İstahdam Uyuşturucu Testi Nasıl Gelişti?

1980’lerden önce, piyasada uyuşturucu testi nadiren yapılıyordu. Birleşik Devletler Ulaştırma Bakanlığı, Uyuşturucu ve Alkol Politikası Birimi’nden (1999) Don Shatinsky’ye göre, uyuşturucu testinin kökeni 1980’lerin sonunda Reagan yönetimi tarafından başlatılan “uyuşturucuya karşı savaşa” dayanmaktadır. Bu süre boyunca Çalışma Bakanlığı işyerlerinde uyuşturucu testi uygulaması ile ilgili yönergeler geliştirmiştir. Sonuç olarak, öncelikle hükümet ve işletmelere yönelik hazırlanmış, ‘Uyuşturucu Maddelerin Kullanılmadığı İşyerleri’ girişimi ortaya çıkmıştır. Burada farkına varılması gereken önemli nokta, bu kılavuz ilkelerin işyerleri tarafından gönüllü olarak uygulanacak olmasıdır. Bu girişim, bugün ölçüt olarak kabul edilen rasgele uyuşturucu testi uygulamalarını zorunlu kılmaktadır. O halde, ne değişti?

1989’dan 1990’a kadar, ulusal çapta dikkat çeken bir dizi ciddi toplu taşıma kazaları meydana gelmiştir. New York’taki kazada sürücünün marihuana ve alkol kullanması sözkonusuydu. Sonuç ola-

rak Kongre, federal, eyalet ve yerel hükümet düzeylerinde ve ulaşımla ilgili işlerde çalışan özel sektör çalışanları için işe alım öncesi ve rasgele uyuşturucu testinin yapılmasını zorunlu kılan, 1991 tarihli Omnibus Taşımacılık  alışanı Test Yasası'nı kabul etti.

Ulaştırma Bakanlığı (DOT) tarafından geliştirilen ve işyerlerinde uyuşturucu testini düzenleyen yönetmelikler, Federal Düzenlemeler Yasası'nın (CFR) 40. Bölümü olarak bilinmektedir. Bölüm 40'ta ayrıca, federal sözleşmeleri gereği 100 bin dolardan fazla yatırımı olan işverenlerin, uyuşturucudan arındırılmış bir işyerine sahip olduklarını belgelemeleri gerektiği belirtilmektedir.

Connecticut eyaletinde, DOT düzenlemelerine itiraz edilmiş ve anayasa bünyesinde kabul edilen testlerin geçerliliği onaylanmıştır. Sonuç olarak, hem kamuda hem de özel sektörde birçok işveren DOT yönetmeliklerini benimseme konusunda kendilerini güvende hissetmiştir. Ancak birçok eyalet, rastgele uyuşturucu testine izin vermemektedir, çünkü 1– Dördüncü Düzenlemenin (bireyler bu hakla, yönetimin nedensiz arama ve alıkoyma faaliyetlerine karşı korunurlar) ihlali olarak algılanmaktadır ve 2– birçok işkolu eyalet, il e ve şehirler ( zel sektörden söz etmiyorum bile) güvenlik açısından duyarlı değildir. Buna bağlı olarak da bu eyaletlerde y k, demiryolu veya hava taşımacılığı gibi güvenlik açısından önemli olan sektörler için federal devlet bünyesinde yönetmelikler bulunmaktadır.

Zorunlu Uyuşturucu Testi

İşyerinde uyuşturucu testi, günümüzde parürezisi olan kişilerin karşılaştığı en büyük yaşam zorluklarından biridir. İşe alım öncesi idrar  rneği gerektiren uyuşturucu testi nedeniyle, iş arayan parürezisli kişilerin önünde iki seçenek bulunmaktadır; ya potansiyel bir işverene UMS'li olduklarını açıklamak (parürezisli bir kişinin tipik olarak UMS konusunda gizliliğini korumak isteyeceği gözönünde

bulundurulduğunda bu bir seçim olmayabilir) ya da iş fırsatını kaçırmaktır. Zorunlu uyuşturucu testi isteyen işverenlerin sayısının sürekli arttığı düşünüldüğünde, parürezisi olan kişiler için istihdam olanakları daralmaktadır. Böyle bir kişi şöyle diyor:

“Herhalde 12 ya da 14 yaşımdan beri parürezis hastasıyım. Ne zaman başladığını tam olarak hatırlamıyorum ama üniversiteye başladığımdan beri giderek kötüleştiğini biliyorum. Sanırım bu sorunun ilk belirtilerini, doktoruma idrar örneği vermeyi başaramadıktan sonra farkettim. Bu ilk olarak, ben 13 yaşındayken oldu. O zamandan beri idrar örneği veremiyorum. Mayıs ayında mezun olacağımı ve teklif edilen her iş için kuşkusuz uyuşturucu testi isteği ile karşı karşıya kalacağımı gözönünde bulundurduğumda, oldukça endişeleniyorum.”

İdrar Tahlili Gerekliliği

DOT düzenlemeleri birçok özel ve kamu sektörü işverenleri tarafından uygulandığından, DOT'un uyuşturucu kullanımını test etmek için neden başka bir örnek değil de idrar örneği istediğini anlamak yararlı olacaktır. İdrar tahlili, öncelikle sertifikalı test ortamlarının standardizasyonu nedeniyle tercih edilen laboratuvar testidir. Yetmişten fazla laboratuvar, DOT tarafından onaylanmış aynı teknolojiyi kullanmaktadır. Kan, saç, tükürük, kateterizasyon ve yama testi prosedürleri şu anda DOT tarafından onaylanmamıştır. Birleşik Devletler Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (HHS) şu anda tüm seçenekleri inceliyor olsa da, bunlardan hiçbiri şu anda DOT standartlarını karşılamamaktadır (yeni onaylanan oral sıvı testi hariç). HHS'nin Uyuşturucu Testi Danışma Kurulu (DTAB) ve kurulun bu konuda hakkındaki katılımları, bu bölümün ilerleyen yerlerinde ele alınmaktadır.

Maliyet de bir etkidir. Bir idrar testi, çalışan başına 5–10 dolara malolabilir; diğer prosedürler ise bu miktarın dört, beş katına

malolmaktadır. Çalışanların ve iş başvurusunda bulunanların, test ücretini kendileri ödemeyi teklif etseler bile, DOT yönetmelikleri kapsamında alternatif bir test talep etme seçeneğine sahip olmadıklarını bilmek gerekmektedir.

DOT Testi Nasıl Yapılır?

DOT yönetmeliklerine göre, verilen örneğin bölünmüş bir numune olması gerekmektedir. Tuvalet mahremiyetine izin verilir. İdrar örneklerini toplayan kişi, bu süre boyunca etrafta dolaşırken, deneye ne kadar mahremiyet tanınacağı konusunda çok fazla takdir yetkisine sahiptir.

Prosedür basittir. Bir çalışanın veya çalışan adayının, yaklaşık 1.242 ml kadar su içmesi ve ardından yaklaşık 1.330 ml kadar bir idrar örneği vermesi beklenir ve bunun için kişiye tanınan süre 3 saattir. Kişi idrar örneğini veremezse, tıbbi muayene talep edilebilir. Doktorun herhangi bir nedenle çalışanı veya çalışan adayını mazur görmesi halinde test iptal edilebilir. Ancak, parürezisli kişiler için kilit nokta şudur; durumsal kaygı, önceden belgelenmediği sürece bir savunma değildir. Peki, bunun gerçekten de ne önemi var? Görünüşe göre kabul edilen tek tıbbi mazeret, prostat büyümesi gibi fizyolojik bir sorun olacaktır. Tıbbi veya psikiyatrik geçmiş tersini göstermediği sürece, psikolojik nedenler mazeret olarak kabul edilmeyecek gibi görünmektedir. Bu durum, yaşadıkları sorunu herhangi bir kimseye açıklamaktan nefret eden parürezisli kişileri iki arada bir derede bırakır.

İdrar örneklerinin doğrudan gözlem altında ne şekilde toplandığı ile ilgili iki senaryo vardır. Bunlardan birincisi, eğer bir kişi eski bir idrar örneğini kaçak olarak içeriye sokarken yakalanırsa, DOT yönetmelikleri daha sonra doğrudan gözlem altında başka bir örnek alınmasına izin verir. İkincisi, bir kişinin testi pozitif veya nega-

tif çıkarsa ancak idrar örneği seyreltilmişse, işverenin doğrudan gözlem altında testi tekrarlama seçeneği bulunmaktadır.

İş pozisyonu tehlikede olan ağır parürezisli kişiler için rastgele uyuşturucu testi prosedürleri dolambaçlıdır ve sonuç, genellikle başarısız bir denemedir. 1 Ocak 2020 tarihinden itibaren, başarısız olunan bir idrar tahliline karşılık şu an için denenebilecek en iyi yöntem, alternatif bir oral sıvı testi istemi olacaktır. Talebiniz reddedilirse, en iyi seçenek aynı gün özel bir doktorun muayenehanesine başvurarak daha güvenli koşullar altında bir idrar tahlili yaptırmak veya alternatif olarak bir saç veya tükürük örneği almaktır.

Belirli istisnai durumlar dışında; yasanın, işverenleri uyuşturucu testi uygulaması konusunda zorlamadığı unutulmamalıdır. Bu tür yollara ihtiyaç duymayan şirketler, uyuşturucu testi yapan firmalara iş başvurusunda bulunmayan veya bulunamayan mükemmel başvuru sahiplerini kaybediyor olabilirler.

2000 Yılı DOT Yönetmelik Değişiklikleri

2000 yılının başlarında DOT, Federal Düzenlemeler Yasasının 40. Bölümü için bir Kural Koyma Teklifi Bildirimi (NPRM) yayınladı. İlk kuralların yürürlüğe girmesinin üzerinden on yıl geçmişti ve hükümet yeni yorumların eklenmesi ihtiyacının yanısıra, kuralların daha basit terimlerle ifade edilmesine ihtiyaç duyulduğunu belirtti. Kamuoyunun, DOT'un bildirimine yanıt vermek için 120 günü vardı. DOT yetkilileri, parürezis de dahil olmak üzere çeşitli alanlarda bilgi sağlamaya çalışıyordu. Özellikle, tanımlanmış bir soruna yönelik çözüm önerileri ve IPA gibi meslek örgütlerinden yorumlar istediler.

IPA, yeni düzenlemelerle ilgili olarak yapılan yüzlerce yorumun büyük bir kısmını kendilerine sundu. Kuruluşun önerileri arasında, sıvı alımının 709 ml'yi (yani iki şişe sodaya eşdeğer) geçmeyecek şekilde sınırlandırılması, yoksa bu kadar kısa bir süre içinde daha faz-

la miktarda sıvı alımının tıbbi açıdan tehlikeli olduğu ve işyerinde uyuşturucu testi uygulanırken süre sınırının iki saate indirilmesi yer almaktaydı. Ayrıca, bir kişi rastgele uyuşturucu testine tâbi tutulacaksa ve utangaç mesane sendromu olduğunu iddia ediyorsa, kan, saç, tükürük, yama veya kateterizasyon gibi acil alternatif test prosedürlerine izin verilecektir. IPA, bir kişinin idrar tahliline alternatif bir testi anında yapmaya istekli olmasının, iyi niyet göstergesi olduğunu savunmuştur. Sonuç olarak, idrar örneği alınamamasının sadece işbirliği yapmayı reddetmekten kaynaklandığı varsayımında bir esnetmeye gidilmelidir. Ne yazık ki, IPA'nın değerlendirilmek üzere sunduğu tüm yorumlar arasında çok az olumlu değişiklik yapılmıştır.

DOT'un Haricinde: Özel Sektörde Uyuşturucu Testi

DOT'un önerileri, uyuşturucunun piyasadaki ekonomik etkilerini en aza indirmenin yollarını arayan özel sektör işverenleri tarafından hızla benimsendi. İşverenler, çalışanlarını uyuşturucu kullanımına yönelik teste tâbi tutarak, teorik olarak, üretkenliği ve iş güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilecek potansiyel uyuşturucu sorunları olan çalışanlarını veya çalışan adaylarını belirleyebileceklerdi.

Birçok işveren artık işe alım öncesinde, idrar testi ile uyuşturucu taraması yapılmasını zorunlu tutmaktadır. Bu uygulamalarda mahremiyete ne kadar önem verildiği değişkenlik göstermektedir. Bazı tarama testleri sırasında, gözlemciler idrarın numune toplama kabına aktarılmasına şahsen tanık olabilir. Daha önce, tarama testinde idrar örneği verme konusunda başarısız olan kişinin durumu hariç, bu gerekli değildir. İdrar yaparken izlenmek, parürezisi olan kişilerin en büyük korkularından biri olduğundan, birçok parüretik işe alım öncesinde idrar tahlili gerektiren uyuşturucu testini zorunlu tutan şirketlerle iş görüşmesi yapmaktan kaçınacaktır.

Halen bir işi olan ancak rastgele uyuşturucu testine tabi tutulan parürezisli kişiler için, uyuşturucu testine verilen tepkiler endişeden düpedüz paniğe kadar değişmektedir. Böyle bir durumla karşı karşıya kalan UMS'li kişiler, ya mevcut sorunları ile ilgili işverenlerine durumu açıklamak zorunda kalırlar, ya da hiç tanımadıkları birinin baskısı ve gözlemlemesi altında idrar örneği vermek zorunda kalırlar ve sonuç olarak işten ayrılırlar, kovulurlar ya da başka birinin idrar örneğini kullanmaya çalışırlar. Bu durum farkedilirse, genellikle işten çıkarılma nedeni olmaktadır. Parürezisi olan kişiler, idrar örneği vermek yerine hastalık numarası yaptıklarında ya da herhangi bir mazeret uydurduklarında, işverenler kendilerinden kuşkulananmaktadır. Parürezisli bir kişi şunları söylüyor:

“Bildiğiniz üzere, işverenlerin çalışanlardan uyuşturucu tarama testleri talep etme haklarına ilişkin bazı kamu politikası değişiklikleri oldu. İşyerinde bu konuyla ilgili olarak yaşadığım bir olay beni neredeyse intihara sürüklüyordu çünkü açıkça söylemek gerekirse biri kafama silah dayayıp ‘İşe yoksa tetiği çekerim!’ deseydi ölmeyi tercih ederdim.”

Daha önce de belirtildiği gibi, idrar tahlili uyuşturucu kullanımı için mevcut tek test yöntemi değildir. En yaygın seçenekler oral (tükürük) sıvılar, saç analizi ve kan testidir. Zorunlu olmamakla birlikte, idrar tahlili işverenler tarafından hala tercih edilen test yöntemidir çünkü 1– çok daha ucuzdur ve 2– kan testi girişimsel bir yöntemdir. Bazı işverenler, çalışanlarının alternatif bir test yöntemi seçmesine izin verse de bunu yapmak zorunda değillerdir. Aynı durum, çalışanlara idrar örneği vermeleri için daha fazla mahremiyet ve/veya zaman tanınması için de geçerlidir.

Hapishanelerde Rasgele Uyuşturucu Testi

Piyasada uyuşturucu testi yapılma olasılığı parürezisli kişiler için korkunç bir sorundur, ancak uyuşturucu testinin uygulanma alanına ilişkin daha kötü bir senaryo bulunmaktadır: Hapishanelerde rasgele uyuşturucu testi uygulaması.

Tıpkı genel nüfus içinde olduğu gibi, mahkum nüfusu içinde de parürezisli insanlar vardır. Hapishane, hiç bitmeyen mahremiyet eksikliği nedeniyle parürezisli insanlar için cehennem gibi bir kâbustur. Parürezise, hapishanede günlük olarak uyum sağlamak pratikte olanaksızsa da oldukça zordur, ancak parürezis hiçbir yerde hapishanelerin rasgele uyuşturucu testi politikaları ve prosedürlerinden daha korkunç bir şekilde tanımlanmamıştır.

Hapishanelerde uyuşturucu testi yapılmasının, hangi mahkumların uyuşturucu kullandığını saptamak için yararlı bir idari araç olduğu konusunda kuşku yoktur ve hapishanelerde rasgele uyuşturucu testi uygulamaları sonlandırılmamalıdır. Testlerin rasgele ve uyarı yapılmaksızın uygulanması gerekliliğı tüm mahkumlar için tek yanlı olarak adildir. Ancak, uyuşturucu testinin sadece idrar tahlili ile yapılması ya da hiç yapılmaması koşulu tüm mahkumlar için adil değildir, çünkü UMS’li bir mahkumun talep üzerine ve bir cezaevi görevlisinin huzurunda idrarını yapması mümkün değildir.

Bir mahkum idrar örneğı veremediğinde, hapishane yetkilileri bunu mahkumun idrar örneğı vermeyi bilerek reddettiğı ve dolayısıyla uyuşturucu kullandığı şeklinde değerlendirmektedir. Eğer mahkum parürezis konusunu gündeme getirirse, kendisine verilen yanıt, genellikle test süreçlerinden kaçınmak için numara yaptığı şeklinde olmaktadır.

Mahkûm “sorunlu vaka” olarak etiketlenir ve hakkında tutanak tutulur. Uyuşturucu testi için idrar örneğı vermeyi “reddettikleri”

için mahkumların altmış gün kadar hücre hapsinde tutulmaları, “af” sürelerini kaybetmeleri ve bazı durumlarda şartlı tahliyeye uygunluklarını kaybetmeleri çok yaygındır.

En az dört eyalet cezaevi sistemi (Florida, Massachusetts, Maryland ve Michigan), uyuşturucu testi yönetmeliklerini UMS’si olan mahkumlara kolaylık sağlayacak şekilde değiştirmiştir. Bu değişikliklerden bazıları, mahkumlar adına ADA kapsamında açılan fiili veya tehdit altındaki davalar nedeniyle gerçekleşmiştir. Diğerleri ise IPA’nın belirli bir eyaletteki (Maryland) mahkûmlar adına müdahil olması ve savunuculuk yapması nedeniyle ortaya çıkmıştır. Ne yazık ki, yeni kurallar her düzeyde uygulanmamakta ve parürezisli bir kişinin karşılaşacağı tüm durumları kapsamamaktadır.

Engelli Amerikalılar Yasası

1990’da yürürlüğe giren Engelli Amerikalılar Yasası, federal hükümet bünyesinde çalışanlara karşı ayrımcılık konusunu ele alan 1973 tarihli Rehabilitasyon Yasası’nın bir uzantısı olarak ortaya çıkmıştır. ADA’nın amacı, engelli kişiler için sağlanan korumayı özel sektöre de genişletmektir.

ADA’nın amacı değerli olmakla birlikte, yasanın kapsamının mahkemelerde hâlâ test edilmekte olduğunu belirtmek önemlidir. Bugüne kadar, parürezis nedeniyle ayrımcılığa uğrayan sadece birkaç olgu mahkemelere taşınmıştır ve bu konuda her iki yönde de net bir karar yoktur. Bu durum kaçınılmaz olarak değişecektir ancak şimdilik, ADA (veya şimdi ADAAA) kapsamında bir ayrımcılık davasında başarılı olan parürezisli bir kişi, yeni bir yasa yapacaktır. ADA ve ADAAA karmaşık mevzuat konularıdır; parürezis ile ilgili yasal haklarınıza ilişkin başvuru yapmayı düşünüyorsanız, bir avukata danışmalısınız.

ADA, engelli bir kişiyi şu özelliklere sahip bir kişi olarak tanımlar:

A. Bireyin temel yaşam faaliyetlerinden bir veya daha fazlasını önemli ölçüde sınırlandıran fiziksel veya zihinsel bir bozukluğa sahip olması;

B. Bu tür bir bozukluğun kaydını; veya

C. Bu tür bir bozukluğa sahip olduğu kabul edilenleri kapsamaktadır. (29 U.S.C. Bölüm 06(8)A) [Rehabilitasyon Yasası]; 42 U.S.C.Madde 12102(2) [ADA]).

Bu durum, parürezisli kişiler için nasıl geçerli olabilir? İlk olarak, mahkemeler zihinsel bir bozukluğun, DSM-5 gibi genel kabul görmüş tıbbi otoriteler tarafından tanınan zihinsel veya psikolojik bir bozukluk olması durumunda ADA kapsamında korunduğuna karar vermiştir. ADA'nın koruması altında olduğu kabul edilen ruhsal bozukluklar arasında depresyon (Pesterfield v. Tennessee Valley Authority, 941 F.2d 437 6th Cir. 1991) ve obsesif-kompulsif bozukluk (Kerno v. Sandoz Pharmaceuticals Corp., 4 A.D. Cases 1195 N.D. Ill. 1989) örnek olarak gösterilebilir. İkinci olarak, bu tür bir bozukluğun kaydının bulunması bir gerekliliktir. Bu hüküm, parürezis hakkında tıbbi belgelerin araştırılmasını ve edinilmesini çok önemli duruma getirmektedir. Böyle bir belge olmadan ADA kapsamında bir dava açılmamaktadır.

ADA, diğer konuların yanıştra, istihdam alanında engelliliğe karşı ayrımcılığı tanımlamaktadır. Parürezis konusunda, ayrımcılık oluşturan önemli hükümler şunlardır: "Engelli kişilerin, işyerinde çalışabilmeleri için makul düzenlemelerin olmaması ve işe alım öncesinde uygulanan süreçlerde engelli bir bireye veya bireyler sınıfına giren kişileri, eleyen veya eleme eğiliminde olan seçim ölçütlerinin, farklı standartların veya testlerinin kullanılması" (42 U.S.C. Bölüm 12112 [b] [5] ve [6]).

Parürezisli kişiler için “makul düzenlemelerin yapılmaması”, isteğe bağlı tuvalet olanaklarının olmamasının yanısıra alternatif uyuşturucu testi yöntemlerinin sağlanamaması için de geçerli olabilir. Uyuşturucu testi için yalnızca idrar tahlilini kabul etme uygulaması, tartışmalı bir şekilde, parürezisli kişileri işe alım öncesinde eleyen bir seçim ölçütü veya testidir – uyuşturucu testi için idrar örneği veremiyorsanız, kesinlikle aday olarak seçilemezsiniz ve aday başvuru havuzundan çıkarılırsınız.

ADA’nın bir başka ölçütü de, çalışan olarak Eşit İstihdam Fırsatı Komisyonu’na (EEOC) başvurmadan ADA davası açılabilmesidir. Bir kişi EEOC’ye dava açtığında, işveren bir anlaşmazlık olduğu konusunda bilgilendirilir ve anlaşmazlığın niteliği açıklanır. EEOC kapsamında, belirli haklar ve çözüm yolları vardır. Bir ADA davası açılmadan önce, bir EEOC talebinde bulunulması gerektiğinden, ADA’nın ölçütleri gereği davanın ilerleyebilmesi için bir işverenin, engelliliğin niteliğinden haberdar edilmesini gerektirir. Çalışan, ister iş başvurusunda isterse bir üstüyle sözlü etkileşim sırasında olsun, engellilik durumu hakkında açıklama yapmamışsa, işveren çalışana karşı ayrımcılık yapmaktan sorumlu tutulamaz.

Düzenlenmiş Engelli Amerikalılar Yasası (ADAAA)

Eylül 2008’de George W. Bush, kendisinden önce başkan olan babası gibi, engelliler alanında önemli bir federal mevzuatı imzaladı. ADA Değişiklik Yasası (ADAAA) olarak bilinen bu yasa, engellilik tanımını büyük ölçüde genişletti. Bu yasanın yürürlüğe girmesi gerek-mektedir çünkü Yüksek Mahkeme, yasadan önceki yıllarda engellilik tanımını büyük ölçüde daraltmıştı. ADAAA’daki ilgili eklemelerden biri, mesane ile ilgili bedensel işlevlerin yasa kapsamında yer almasıdır. Görünüşe bakılırsa, bu durum parürezis veya UMS’nin bir engellilik durumu olarak kabul edileceği anlamına gelmektedir.

Bugüne kadar bu konuda karara varılmış önemli bir dava bulunmamaktadır. Bununla birlikte, IPA’ya sunulan uyuşturucu testi konularının çoğu iş alanları kapsamında olduğundan (hapishaneler istisnadır), Eşit İştihadam Fırsatı Komisyonu’nun (EEOC) yetki alanına girmektedir. EEOC, ADAAA ve bunların iş durumlarına nasıl uygulanıp uygulanmayacağına ilişkin kapsamlı kurallar yayınlamıştır ancak bu düzenlemelerde utangaç mesaneyeye değinmemiştir.

IPA, EEOC’ye utangaç mesane sendromu ile ilgili bir yazı yazarak, özellikle utangaç mesane sendromunun ADAAA kapsamında bir engellilik olarak kabul edilip edilmeyeceği konusunda resmî görüş talebinde bulunmuştur. EEOC’den herhangi bir yanıt gelmeyince IPA, birkaç Senatörden destek istemek de dahil olmak üzere yoğun bir lobi faaliyeti yürütmüştür. Sonuç olarak, EEOC resmî bir görüş bildirmemiş olsa da, bir mektup biçiminde “tartışılan konuların incelenmesi” başlığı altında resmî olmayan bir yazı kaleme almıştır.

Aşağıda sözkonusu mektubun tam metni yer almaktadır.

Birleşik Devletler Eşit İştihadam Fırsatı Komisyonu

EEOC Hukuk Müşavirliği personeli, bir vatandaşın sorusuna cevaben aşağıda yer alan gayri resmi tartışma mektubunu yazmıştır. Bu mektup, belirtilen konuya ilişkin resmî olmayan bir tartışma sunmayı amaçlamaktadır ve Komisyon’un resmi bir görüşünü teşkil etmemektedir.

ADA: ADAAA Kapsamında Engellilik Tanımı

12 Ağustos 2011

[Adres]

Sayın

Bu yazı, 1 Haziran 2011 tarihinde Hukuk başmüşaviri P. David Lopez’e göndermiş olduğunuz, 2008 tarihli ADA Değişiklik Yasası (ADAAA) ile değişikliğe uğrayan Engelli Amerikalılar Yasası (ADA) ve BD Eşit İştihadam Fırsatı Komisyonu (EEOC) tarafından 25 Mart 2011 tarihinde yayınlanan ADAAA yönetmelikleri kapsamında parürezisin bir engellilik du-

rumu olup olmadığını soran mektubunuza cevaben hazırlanmıştır.

Mevcut kaynaklardan sağlamış olduğumuz ve size sunmak üzere hazırladığımız bilgilere göre, parürezis, (bazen "Utangaç Mesane Sendromu" olarak da adlandırılmaktadır) genel tuvaletlerde veya diğer insanların yakınında idrar yapamama durumu veya yapamama korkusudur. Parürezis genellikle bir anksiyete bozukluğu olarak kabul edilir ve tipik olarak bilişsel-davranışçı terapi yöntemi ile tedavi edilir. Mektubunuzda parürezisin, aynı zamanda kronik bir pelvik taban disfonksiyonu olduğu belirtilmektedir. Parürezisi olan bireyler, bazen yasadışı uyuşturucu kullanımı saptamak amacıyla tasarlanmış standart testleri geçemedikleri için olumsuz istihdam durumlarına maruz kalmakta ve idrar yapma eylemlerinin başarıyla gerçekleştirilebilmesi için idrar örneği gerektirmeyen alternatif testlerin uygulanmasına izin verilmemektedir.

ADAAA öncesinde olduğu gibi, bir kişinin engelli olup olmadığının belirlenmesi bireyselleştirilmiş bir değerlendirme gerektirmektedir. ADA, "engelliliği" şu şekilde tanımlamaktadır:

1. bireyin bir veya daha fazla önemli yaşam etkinliğini önemli ölçüde sınırlayan fiziksel veya zihinsel bozukluk, (yönetmeliklerde bazen "fiili engellilik" olarak anılır); veya

2. önemli bir yaşam etkinliğini önemli ölçüde kısıtlayan fiziksel veya zihinsel bir bozukluğun kaydı; veya

3. kapsam dahilindeki bir kurum, hem geçici hem de önemsiz olmayan ("olarak kabul edilen") gerçek veya algılanan bir bozukluk nedeniyle ADA tarafından yasaklanan bir eylemde bulunduğu.

42 U.S.C. § 12102(1); 29 C.F.R. § 1630.2(g)(1). Düzenlemelerle ilgili hak sahibi olabilmek için alternatif uyuşturucu testi seçeneklerinin sunulması gibi makul düzenlemeler yapılabilir; ancak bir bireyin mevcut bozukluğu, yukarıda belirtilen birinci veya ikinci tanımları karşılamalıdır; mevcut bozukluğu yalnızca üçüncü tanımları karşılayan bireyler, yasal olarak bu hakka sahip değildir. 42 U.S.C. § 12201(h); 29 C.F.R. § 1630.9(e).

Değiştirilen yönetmelikler ve beraberindeki yorumlayıcı kılavuz (ek) açıklayıcı örnekler sunsa da, bunlar hiçbir şekilde engelli olarak kabul edilen bireyleri temsil etmemektedir. Tersine, parürezis de dahil olmak üzere özel olarak belirtilmeyen birçok bozukluk, yukarıdaki üç tanım-

dan herhangi birini karşılaması durumunda engellilik durumu tanımlamasına dahil olacaktır. Dahası, ADAAA ve EEOC'nin uygulama yönetmeliklerinin bir sonucu olarak, aşağıda tartışılan nedenlerle, bireylerin "engellilik" tanımlarından birini karşıladıklarını göstermeleri artık eskisinden çok daha kolaydır.

I. "Engelliliğin" Birinci veya İkinci Tanımını Kapsayan Durumlar

A. Başlıca Yaşam Faaliyetleri Artık Başlıca Bedensel İşlevleri de Kapsamaktadır

ADAAA ve EEOC'nin düzenlemeleri kapsamında parürezis, bir veya daha fazla önemli yaşam etkinliğini önemli ölçüde sınırlıyorsa (veya geçmişte önemli ölçüde sınırlamışsa) birinci veya ikinci tanım kapsamında bir engellilik durumu oluşturmaktadır 42 U.S.C. § 12102(1)(A), (B); 29 C.F.R. § 1630.2(g)(1)(i), (ii). ADAAA'nın bir sonucu olarak, önemli yaşam etkinlikleri mesane ve beyin işlevleri gibi önemli bedensel işlevleri, nörolojik ve ürogenital sistem fonksiyonlarını içermektedir. 42 U.S.C. § 12102(2)(B); 29 C.F.R. § 1630.2(i)(1)(ii). Başlıca yaşam etkinlikleri, EEOC ve birçok mahkemenin ADAAA'dan önce başlıca yaşam etkinlikleri olarak kabul ettiği, kişinin kendisine bakması gibi etkinlikleri de içermektedir. Bkz. 42 U.S.C. § 12102(2)(A); 29 C.F.R. § 1630.2(i)(1)(i).

B. "Ciddi Sınırlamalar" Zorlayıcı Bir Standart Anlamına Gelmemektedir

Hem tüzükte hem de değiştirilen yönetmeliklere göre, "ciddi sınırlamalar" teriminin geniş kapsamlı yorumlanması gerekmektedir. 42 U.S.C. § 12102(4)(A); 29 C.F.R. § 1630.2(j)(1)(i). Bu terim artık ADAAA öncesinde gerekenden daha düşük bir işlevsel sınırlama derecesi gerektirmektedir; bir bozukluğun "ciddi derecede sınırlayıcı" olarak kabul edilebilmesi için önemli bir yaşam etkinliğini engellemesi veya ciddi derecede kısıtlaması gerekmemektedir. ADA Değişiklik Yasası 2008, Pub. L. No. 110-325, § 2(b)(4), (6), 122 Stat. 3553 (2008); 29 C.F.R. § 1630.2(j)(1)(ii), (iv)-(v).

Buna ek olarak, bir engelin önemli bir yaşam etkinliğini ciddi derecede kısıtlayıp kısıtlamadığına ilişkin saptama, iyileştirici tedbirlerin etkilerine bakılmaksızın yapılmalıdır ("sıradan gözlükler veya kontakt lensler" hariç). 42 U.S.C. § 12102(4)(E); 29 C.F.R. § 1630.2(j)(1)(vi). Dolayısıyla, bir bireyin parürezisi, bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisi olmaksızın ana yaşamsal etkinliklerinden herhangi birini önemli ölçüde sınırlandırıyorsa, bu durum yaşamsal bir etkinliği "ciddi anlamda sınırlayıcı" olarak kabul edilir.

Tüzük ve yönetmelikler ayrıca, epizodik veya remisyonda olan bir bozukluğun, etkin olduğunda önemli bir yaşam etkinliğini ciddi derecede sınırlandırması halinde bir engellilik olduğunu belirtmektedir. 42 U.S.C. § 12102(4)(D); 29 C.F.R. § 1630.2(j)(1)(vii). Bu nedenle, bir bireyin parürezisinin önemli bir yaşam etkinliğini ciddi derecede sınırlayıp sınırlamadığının belirlenmesi, belirtiler mevcut olduğunda durumun getirdiği sınırlamalara dayanmaktadır (belirtileri sınırlayabilecek veya ortadan kaldıracabilecek herhangi bir hafifletici önlem göz ardı edilerek).

II. Tüzük ve Yönetmelikler Bireylerin “Engellilik” Tanımı Kapsamına Dahil Olmalarını Kolaylaştırmaktadır

ADAAA ve EEOC yönetmelikleri uyarınca, herhangi bir kurum ya da kuruluş, ADA tarafından yasak olarak kabul edilen bir eylemi (örneğin, işe almama, işten çıkarma veya pozisyonunu düşürme) bireyin mevcut bozukluğuna veya kurumun bireyin sahip olduğuna inandığı bir bozukluğa dayalı olarak gerçekleştirirse, söz konusu bozukluk hem geçici (altı ay veya daha kısa süren veya sürmesi beklenen) hem de ikinci dereceden olmadığı sürece, bir bireyi engelli olarak “kabul eder”. 42 U.S.C. § 12102(3); 29 C.F.R. § 1630.2(l). ADAAA yönetmeliklerine göre, engellilik kapsamının belirlenmesindeki odak nokta, bir işverenin mevcut bozukluğun niteliği hakkında ne düşünmüş olabileceğinden çok, bir kişinin (geçici ve ikinci derece olmadığı sürece) varolan bozukluğu nedeniyle nasıl davranış gördüğüdür. 29 C.F.R. § 1630.2(j)(1)(iii). Parürezis geçici bir bozukluk gibi görünmemektedir. Bu nedenle, herhangi bir kurum ya da kuruluşun, parürezise bağlı bireyin işine son vermesi, işe almaması veya bireye karşı benzer bir olumsuz eylemde bulunması halinde, durum ister gerçek ister algılanan bir durum olsun, birey olasılıkla bir engelliliğe sahip olarak “değerlendirilecektir”.¹

Ancak, yukarıda da belirtildiği üzere, sadece “engelli tanımı” kapsamında yer alan bir birey kabul edilen düzenlemeler daahilinde belli bir hak iddia edemez. 29 C.F.R. § 1630.9(e). Dolayısıyla, parürezis ile ilgili herhangi bir hak iddia etmek isteyen bir kişinin, (örneğin, idrar örneği gerektiren bir uyuşturucu testi yerine, bireye saç, tükürük veya yama testi gibi uygulamalardan herhangi birini seçme hakkı verilmesi) parürezisinin gerçek veya kayıtlı bir engellilik oluşturduğunu kanıtlaması gerekmektedir. Buna ek olarak bir işveren, alternatif bir uyuşturucu testi uygulanması talebinin, “külfete” neden olup olmayacağını değerlendirmek isteyebilir; bu değerlendirme, alternatif bir testin mevcut yasadışı uyuşturucu kullanımını belirlemede etkili bir yol olup olmadığını da içerebilir.

III. Sonuç

ADAAA öncesinde olduğu gibi, parürezisli bir kişinin "engellilik" tanımı kapsamında olduğunu bireysel olarak kanıtlaması gerekmektedir. ADAAA ve uygulama yönetmelikleri, mesane ve beyin fonksiyonlarını önemli yaşam aktiviteleri arasına dhil ederek, bu tür fonksiyonlara bağlı bir bozukluğun önemli bir yaşam aktivitesini "ciddi derecede sınır-ladığını" saptamak adına standartları düşürmüş, ayrıca bir bireyin engelli "olarak görülüp görülmediğinin" belirlenmesini, işverenin düşün-cesinden çok, bireye mevcut bozukluğu nedeniyle nasıl davranıldığına odaklayarak bu durumu çok daha kolay duruma getirmiştir. EEOC'nin, ADAAA kapsamında uyguladığı yönetmeliklerde parürezisten özellikle söz etmemesinden olumsuz bir sonuç çıkarılmamalıdır.

Bu bilgilerin size yardımcı olacağını umuyoruz. Bu mektup, dile ge-tirdiğiniz konuların gayriresmi olarak tartişılmasıdır ve EEOC'nin resmî bir görüşü olarak değerlendirilmemelidir.

Saygılarımla,

(imza) Peggy R. Mastroianni

Hukuk Müşaviri

Notlar:

Parürezisi olan bir kişinin engelli olarak kabul edilip edilmediği sorusu, bir işverenin çalışanına karşı gerçekleştirdiği eyleminin yasal olup ol-madığı sorusundan ayrıdır. Örneğin, bir kişinin varolan engellilik duru-mu, onu işi gereği temel işlevleri yerine getiremez duruma getiriyorsa veya bu engel, işyerindeki diğer çalışanlara doğrudan bir tehdit (yani, önemli bir zarar riski) oluşturuyorsa, bir işveren bir çalışanını varolan engeli nedeniyle işten çıkarabilir.

Bu mektup resmî bir EEOC görüşünü yansıtmamakla birlikte, parürezisin bir engellilik olarak kabul edileceği hususunda EEOC parametrelerini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Bu mektuba ya-nıt niteliğinde, engelli haklarına yönelik çalışmalar yapan avukatlar tarafından yazılan kapsamlı bloglar, parürezisin ADAAA kapsamın-da yer alan bir durum olup olmadığına ilişkin EEOC'nin görüşünün olumlu bir şekilde yorumlanmasını desteklemektedir. Ancak, mah-kemeler önünde yasal bir uyuşturucu testi davası grlne kadar, bu

konuda içtihat bulunmamaktadır. Böyle bir dava açılana kadar, bir uyuşturucu testi uygulaması ile karşı karşıya kalınması durumunda, EEOC tarafından yazılan mektubun uygun insan kaynakları personeline iletilmesi yararlı olabilir.

Daha önce de belirtildiği gibi, SAMHSA'nın (HHS'ye bağlı) bir kolu olan Uyuşturucu Testi Danışma Kurulu (DTAB), ağızdan alınan sıvıların, özellikle de tükürük örneklerinin kullanılmasına izin vererek, idrar tahlili ile uygulanan uyuşturucu testine yasal ve tanınmış bir alternatif sağlama konusundaki tutumunu yakın zamanda değiştirmiştir.

Son zamanlarda, federal kuruluşlardan gelen olumlu yanıtlar cesaret vericidir. Ancak, özel sektörün federal hükümeti izleyerek ne kadar süre sonra harekete geçeceği ve işverenlerin (federal hükümet de dahil olmak üzere) parürezisi olan bir kişi tarafından talep edildiği sürece gönüllü olarak alternatif testler sağlayıp sağlamayacağı henüz belli değildir.

Georgia Pacific gibi, Fortune 500 dergisinde yer alan birtakım şirketler çalışanlarına oral sıvı testi uygulamaktadır ve bunu uzun yıllardır yapmaktadır. Birçok küçük özel şirket de oral sıvı testi uygulamaktadır, ancak bunlar şimdilik azınlıkta kalmaktadır. Yine de, bireylerin ihtiyaçlarının ve haklarının daha geniş çapta kabul gördüğü mevcut sosyal iklimde, özel sektörün federal hükümetle uyumlu bir şekilde hareket edeceğine ilişkin iyimser düşünmek için birçok neden bulunmaktadır.

ADA ve ADAAA'nın yönetmelikleri askeri personeli kapsamadığından, onlara yönelik oral sıvı testi uygulaması olasılığı belirsizdir. Dolayısıyla, federal düzenlemelere uyum sağlamak, gönüllülük esasına dayanacaktır. Şu anda Hava Kuvvetleri, "utangaç mesane sendromu" yönetmeliklerine sahip olan tek birliktir.

Ne Yapılabilir?

Parürezisi olan bir çalışan adayı veya mahkum, rasgele uyuşturucu testi uygulaması ile karşı karşıya kaldığında ne yapabilir?

Her şeyden önce, yukarıda bahsedilen durumlardan herhangi biri bulunan herkes, özellikle bu durumla ilgili DSM-5 kodlarına aşına olan bir psikiyatrist, psikolog veya diğeri ruh sağığı uzmanından mevcut durumuyla ilgili belge almalıdır. İdeal olan, değeriendirme ve tanının iş görüşmesinden veya işyerinde uygulanan rasgele uyuşturucu testinden önce ya da hapse gönderilme sırasında yapılmasıdır. Bunlar mümkün değerse, UMS ne kadar erken değeriendirilir ve belgelenirse o kadar iyi olur.

Psikiyatrik bir tanı almanın beraberinde getirdiğı birçok damgalanma olsa da, utançtan daha ağır basan yararları olduğunu unutmayın. Test için idrar örneğı vermesi gereken potansiyel veya mevcut çalışanlar için, kişinin durumunu gerekli testten önce belgelenmesi durumunda daha fazla zaman tanınması, mahremiyet alanı veya alternatif test seçenekleri için daha güçlü bir yaklaşım vardır.

Mahkemelere, ADAAA kapsamında parürezis ile bağlantılı olarak ayrımcılık tanınan açık ve net bir olgu örneğı sunulmamıştır. ADAAA kapsamında açılan davaların ilerleyebilmesi için, psikiyatrik tanı konulması şarttır. Belli bir tanı olmaksızın bu konu mahkemeye sunulamaz.

Özet

Alkol ve uyuşturucu kullanımına bağlı olarak yaşanan kamu sektörü taşımacılığı kazalarına yönelik oluşturulan ve DOT tarafından yürürlüğe konan uyuşturucu testi uygulaması, özel sektörü de kapsayan mevcut rastgele uyuşturucu testi uygulaması gerekliliğini harekete geçirmiştir.

Parürezis, gerçek bir sosyal fobi tipi ve ADA ve ADAAA'nın yönetmelikleri kapsamına girmeye hazırlanan resmî olmayan bir engellilik durumudur. Bugüne kadar, test edilmiş bir olgu örneğinin olmadığı zamanlar da dahil olmak üzere, parürezisli kişiler için işyerlerinde uygulanan hem rasgele uyuşturucu testleri hem de genel tuvaletlere yönelik fiziksel değişiklikler konusunda belli bir yasal koruma sağlanmamıştır.

İşyerinde ADA ve/veya ADAAA yönetmelikleri kapsamında yasal işlem başlatmayı düşünen parürezisli kişiler için, öncelikle EEOC kapsamında bir talepte bulunulmalıdır. Daha sonrası için, yasal hak talebinde bulunma isteği doğrultusunda, işveren ya da potansiyel işverene kişinin mevcut durumu ile ilgili gerekli bilgilendirmenin önceden yapılması gerekmektedir.

Mümkünse bir psikiyatrist veya ürologdan alınacak ve personel dosyanızda yer alacak bir doktor raporu da gereklidir. UMS'nin gizlilik dinamiği, parürezisli birçok kişinin fobileri hakkında işverenler de dahil olmak üzere herhangi bir kişiye bilgi vermesini engellemektedir ve bu nedenle, gerekli bildirim hükmü, dava açma sürecinde de devam eden bir engel oluşturur.

Mahkumların, rasgele uyuşturucu testi uygulamasına karşı belli bir korunmaları veya alternatif bir kurtuluşları yoktur. Mahkumlar, kendi kontrolleri dışında kalan bir durum nedeniyle, psikolojik dayanışman müdahalesi olmaksızın, cezalandırılmakta ve moralleri bozulmaktadır. Mahkum edilmiş parürezisli kişiler, hapisane ortamında parürezis ile ilgili yaşadıkları sorunu dile getirdiklerinde cezalandırılacaklarına ilişkin endişe de duymaktadırlar. Misilleme korkusu, cezaevi sisteminde yaşanan geçmiş olumsuz deneyimlere dayanmaktadır.

Bu kitabın amacı, Utangaç Mesane Sendromuna genel bir bakış; olası nedenler, tedavi yöntemleri ve terapiler; hem uygulanan tüm tedavi yöntemlerine hem de tuvalet tasarımına ilişkin tarihsel bakış açıları (bkz. Ek-A, B ve C); bozukluğun fiziksel karakteri ve rasgele yapılan ilaç testlerinin ve ADA/ADAAA'nın (Engelli Amerikalılar Yasası/Düzenlenmiş Engelli Amerikalılar Yasası) etkisi de dahil olmak üzere bu durumun yasal sonuçları hakkında bilgi vermektir. Bununla birlikte, parürezis hakkında bilinmeyen çok şey vardır ve bu bilinmezlik, bu durumun ele alınmasına yönelik ilerlemeyi olumsuz yönde etkilemekte ve engellemektedir.

Yapılması Gerekenler

Daha etkili tedavi yöntemlerinin ortaya çıkarılması için yapılması gereken çok şey vardır. Bunlardan ilki, parürezisi olan kişilere ulaşmak ve yalnız olmadıklarını bilmelerini sağlamaktır. Parürezis ilan panosundaki adsız bir kişinin yazdığı gibi: “Bence çoğu insanın bilmediğinden daha fazlayız- ama bunu itiraf etmekten çok utanıyoruz.”

Parürezis ayrımcılık yapmaz. Yaşlıları ve gençleri aynı derecede etkiler.

“17 yaşındayım ve hayatımın büyük bölümünde bu sorunla birlikte yaşadım. Ailemin bildiğini sanmıyorum. Bu durumu onlardan sakladım çünkü bu konu hakkında konuşmaktan çok utanıyorum. Eskiden bununla ilgili kendimi yalnız hisseder ve çok tu-

haf biri olduğumu düşünürdüm ama benim gibi başkalarının da olduğunun farkına varmak beni rahatlatmıştı. Bazen boşa kürek çekiyormuşum gibi hissediyordum. Bu fobinin üstesinden gelebileceğimi umuyordum.”

“61 yaşındayım, emekli bir gazeteciyim ve neredeyse 37 yıldır mutlu bir evliliğim var. Neredeyse tüm hayatım boyunca bu sorun ile birlikte yaşadım. Yetişkinlik dönemime kadar, dünyada bu sorunu yaşayan tek kişinin ben olup olmadığını ciddi ciddi merak etmiştim. Daha sonra, yaklaşık 35 yıl önce, birden bu sorundan kısaca bahseden bir makale okudum. Okuyunca bayağı rahatlamıştım (kelime oyunu yapma amacım yok). Başkalarının yakınmaları ile kendimi çok yakından özdeşleştirebiliyorum. (Uçaklarda yaşanan sorunlar, zaman baskısının yanı sıra ses konusunda da kaygı duymak, ücra köşelerde tuvalet arayışında olmak, evde bile işeme zorluğunun değişkenliği, vb.)”

Eğitim

Bir şekilde, eş zamanlı olarak ele alınması gereken birkaç alan vardır. Eğitim, en önemli önceliktir. Eğitim süreci, parürezisli kişilerin, toplumun ve sağlık hizmetleri personelinin bu yaygın ve tedavi edilebilir anksiyete bozukluğu konusunda eğitilmesini içermelidir.

Parürezis Olanları Eğitmek

Bir sorunu ele almanın ilk adımı, onu tanımlamaktır. Parürezisi olan birçok kişi, halka açık yerlerde idrar yapma zorluğu ve/veya yapamama durumunun bir adı olduğunu bile bilmemektedir. Bu konuda konuşmaktan çok korktukları ya da utandıkları ve bu sorunu yaşayan tek kişinin kendileri olduğuna inandıkları için bu konu ile ilgili araştırma yapmazlar. Çünkü sorunlarının gerçekte ne olduğunu bilmezler.

Bir uzmana şöyle diyor: “Ben bir terapistim. Bir çifte, evlilik danışmanlığı yapmaya başladım. Eşi, benimle özel olarak görüşmek istedi. Endişesi, kaçınan parürezis ile ilgiliydi. Yalnız olduğuna

inanıyor ve diğer erkeklerin de aynı sorunu yaşadığına inanmakta güçlük çekiyordu.”

IPA internet sitesi, parürezis hakkında çok sayıda değerli, geçerli ve pratik bilgiler sunmaktadır. Aşağıdaki örneklerin de gösterdiği gibi, bu siteyi bulup inceleyen kişiler için, site muazzam bir rahatlatma sağlamıştır:

“Internet sitenizdeki bazı bilgileri okumayı yeni bitirdim ve kendimi aynı kâbustan kurtulanlarla dolu bir cankurtaran sandalı bulmuş gibi hissediyorum. 24 yıl önceki ilk AA toplantımdan bu yana, ortak sorunumuzla ilgili birçok mektubu okurken hissettiğim dostluk duygusunu hissettim.”

“Bu akşam erken saatlerde, terapistim internette UMS ile ilgili bilgi aramamı önerdi. Ve ben de sizi buldum! Şaşırmamalıyım çünkü internet sitenizde yer alan bilgiler oldukça tanıdık. Sayfanızda yer alan bilgileri biraz okuduktan ve soruları yanıtladıktan sonra, yalnız olmadığımı farkettim. Çabalarınız için teşekkür ederim. Ben 31 yaşında bir erkeğim ve kendimi bildim bileli UMS'den yakınıyorum. Yeni fikirlere ve eylem planlarına ihtiyacım var! Artık önümüzdeki yıl için büyük umutlarım var.”

“Internet sitenizi ilk bulduğumda, sayfaları okudukça ağlamaya başladım ve ben kolay kolay ağlayan biri değilimdir. Bu sorun beni yaklaşık 6 ya da 7 yıldır etkiliyor (sanırım bu sorun ile mücadele eden pek çok insana göre oldukça şanslıyım). Zaman zaman beni delirme noktasına getirdi ve bu sorunun (bir terapistin deyimiyle, bu ejderhanın) tedavi edilemez olduğunu düşündüğümde intihar düşüncelerini aklımdan çıkaramıyordum. Ancak sitenizde yer alan bilgileri görmek ve okumak bana umut verdi (ve bazı insanların gönderilerini okuduktan sonra biraz umutsuzluğa kapıldığım da oldu) ve bu o... çocuğunu yenmeye çalışmak için cesaret verdi! Teşekkür ederim! Gerçekten teşekkür ederim!”

“Bu internet sitesini oluşturduğunuz için size teşekkür etmek istiyorum. Ben bir kadının ve uzun zamandır bu sorunu yaşayan tek kişinin ben olduğumu düşünüyordum. Artık öyle olmadığımı bildiğim için mutluyum. Bazen bu durum çok acı verici

oluyor çünkü yaşadıklarımı, böyle bir sorunu olmayan annemle paylaştığımda, bana işlemem konusunda kendimi zorlamam ve kendime işeyemeyeceğimi söylemeyi bırakmam gerektiğini söyledi. Bunların bana yardımcı olmadığını bir türlü anlamıyor.”

“Mektuplar bölümünüzü okumak üzücü ve çok dokunaklıydı. Birçok erkeğin eşlerine böyle bir sorunları olduğunu söylememiş olması beni çok etkiledi.”

“23 yaşındayım ve kendimi bildim bileli (herhalde 6 yaşımdan beri) UMS ile mücadele ediyorum. Sitenizi bulana kadar bu durumun bir adı olduğunu bile bilmiyordum. Geçenlerde, küçük bir çocuğun utangaç mesane sorunu olduğunu açıkladığı bir film izledim ve hemen ardından bunu internette araştırmak istedim ve internet sitenizi buldum! Sorunum yüzünden hep tuhaf ya da farklı olduğumu düşünmüştümdür. Yalnız olmadığımı bilmek son derece güzel.”

İnternet sitesi, yirmi yıldan uzun bir süre önce açıldığından bu yana yüz binlerce kez ziyaret edilmiş olsa da, bu önemli sanal kaynağı henüz keşfetmemiş olan çok sayıda parürezisli kişi bulunmaktadır. Uluslararası Parürezis Birliği şu anda internet sitesine daha fazla ilgi çekmek adına, daha fazla arama motoru seçeneğine yer vermekte, aynı zamanda sosyal medya bilgilendirme kampanyaları yürütmektedir.

Genel Kamuoyunun Eğitilmesi

Kuşkusuz, parürezisli kişiler toplumun bir parçası olsa da, parürezis konusunda toplumun genel farkındalığını ve duyarlılığını arttırma konusunu da ele almak önemlidir. Tuhaf veya nadir bir tartışma konusu olarak ele alındığında, parürezisi olmayan kişilerin verdiği tepkiler, korkunç bir şekilde olumsuz olabilir:

“Bu şimdiye kadar duyduğum en aptalca şey, herkes tuvalette nasıl işeyeceğini bilir.”

“Hiç duymadım. Bu hastalığa sahip tek bir kişi bile tanımıyorum. Eğer bu kadar yaygın ya da gerçek bir durum olsaydı, kesinlikle bilirdim.”

“Daha fazla sıvı tüketirlerse, tuvalete çıkabilirler. Ben asla tutamam.”

“Bu resmen büyü.”

Sözkonusu toplum olduğunda, doğru ya da yanlış, bir sürü –ya da daha doğru bir ifadeyle “kulaktan dolma”– zihniyeti vardır: Eğer kimse böyle bir şeyi daha önce hiç duymamışsa, o doğru değildir. Eğer herkes duymuşsa, o zaman doğru olmalıdır. Böylesine bir duyarsızlık, inançsızlık ve bilgi eksikliği, toplum içinde idrarını yapmayan kişiler için “tuhaf insan” veya “ucube” klişesini pekiştirmektedir.

Toplumun böylesine kınayıcı görüşlerini bir bakış açısına yerleştirirsek, cinsel istismar, aile içi şiddet, yeme bozuklukları ve genel olarak sosyal fobilerin başlangıçta parürezis ile aynı kuşkuculukla karşılanması çok uzun zaman öncesi değildi. Hoş olmayan ve/veya kişisel konular tartışılmazdı. “İyi” insanlar, insan bedeni veya utanç verici durumlar hakkında konuşmazlardı; bu konular toplum içerisinde herkesçe bilinen ancak kesinlikle konuşulmayan konulardı.

Eski Amerika Güzeli Bess Myerson’ın cesareti, şarkıcı Karen Carpenter’ın anoreksiyaya bağlı ölümü ve diğer yüksek profilli kişilerin yaşadığı acılarından bahsetmek için öne çıkmasıyla, birçok kişinin de benzer acıları yaşadığını ve bu insanların anlayışa, yardıma ve şefkate ihtiyacı olduklarını farketmemek mümkün değildir. Son 35 yılda, bu tür konular hakkında konuşmak üzere ortaya çıkan insanların sayısı şaşırtıcıdır. Çocukken istismara uğramak, ebeveynler veya eşler/sevgililer tarafından istismar edilmek, yeme bozuklukları ve/veya OKB veya depresyon hakkında konuşmak artık yanlış veya utanılacak bir şey değil.

Parürezis de öyle. Bu, tartışma programları ve haber programlarında tartışılacak, gazete ve dergi makalelerinde okunacak bir konudur. Bu şekilde toplum, bu sorun hakkında bilgi sahibi olacaktır. Tıpkı yıllar önce anoreksiyanın uyarı işaretlerinin medyada yer alması gibi, parürezisin göstergeleri halkın önüne koyulmalıdır. Parürezis daha açık bir şekilde tartışılırsa, bu sorun ile mücadele eden kişiler mücadelelerinde yalnız olmadıklarını bilecek ve öne çıkma konusunda daha az kaygı duyacaklardır. Çünkü mücadelelerinde yalnız olmadıklarını bileceklerdir. Nasıl yardım alabilecekleri konusunda bilgi sahibi olacaklardır. Umarım bir gün insanlar agorafobi, panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk ve topluluk önünde konuşma korkusu gibi diğer anksiyete bozuklukları hakkında bildikleri kadar parürezis hakkında da bilgi sahibi olurlar.

Bu amaçla, kar amacı gütmeyen bir kuruluş olan Ulusal Parürezis Birliği, 1996 yılında yazarlardan Steven Soifer ve Baltimore’lu bir terapist olan Carl Robbins tarafından kurulmuştur. 1997 yılında, öncelikle yönetim kurulunda ve üye sayılarında Kanadalı vatandaşların artan varlığını ve dünyanın dört bir yanındaki insanların göstermiş olduğu ilgiyi yansıtmak için adı Uluslararası Parürezis Birliği olarak değiştirilmiştir. IPA, bir yönetim kurulundan oluşmaktadır ve Birleşik Devletler, Kanada, Avustralya ve dünyanın diğer yerlerinden yaklaşık 2 bin üyeye sahiptir. Birliğin başlıca görevi, eğitimidir. IPA ayrıca bir bilgi kaynağı ve takas merkezi olarak da hizmet vermektedir.

Yaklaşık 27 milyon Amerikalı bir şekilde parürezis ile mücadele ederken, toplumun diğer üyelerinin bu konuda bilgi sahibi olmaya devam etmeleri gözardı edilir mi? Kaç çocuk okulunu bırakıyor ve potansiyelini asla tam olarak gerçekleştiremiyor? Mesleğinde çok iyi olan ancak işe alımlarda istenilen zorunlu uyuşturucu madde testi için örnek veremeyen kaç çalışan işe alınmıyor? Sadece

Birleşik Devletler’de, parürezis ile mücadele eden ve istihdam edilmeyen kaç kişi ve kaç işsiz insan var ve bu insanların ekonomik kayıpları ne kadardır? Kaç mahkum, cezasını çekip yoluna devam etmek yerine hücreye atılıyor? Başkalarının, kendilerine özgü ve günlük hayatta yaşadığı sıkıntıları, hangi duygusal bedel karşılığında görmezden geliyoruz?

Parürezis bulunan kişilerin, bu sorundan kurtulmaları için onun hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Parürezisin doğru-
dan ya da dolaylı olarak nüfusun tüm kesimleri üzerindeki muazzam etkisini anlamaya ve ele almaya başlayabilmek için, toplumun da aynı şekilde bilgi sahibi olması gerekir.

Bilginin geniş çapta yayılmasını sağlamak için, tanıtım çalışmalarının yoğunlaştırılması gerekmektedir. Bugüne kadar medyada yer alan yazılar, Jerusalem Post, Sunday New York Times, Wall Street Journal, Washington Post, Los Angeles Times, New York Post, Toronto Sun, Montreal Gazette, Men’s Fitness dergisi, U.S.A. Today ve U.S.A. Today dergisi, ABC News, Newsweek ve Salon Magazine on-line gibi yayın organlarında yayımlanmıştır. Ayrıca 1997 yılında yaklaşık 130 istasyonda yayınlanan ve ülke çapında yüz binlerce dinleyiciye ulaşan sosyal fobi (parürezis vurgusuyla) üzerine bir radyo programı (‘Sunday Rounds’) yapılmaktaydı. 1998 ve 1999’da, ülke çapında düzinelerce FM rock müzik kanalları parürezis ile ilgili haberler yaptı. Howard Stern, 1999 ve 2001 yıllarında radyo programında yazar Steven Soifer ile birlikte parürezis konusunu tartışmıştır ve dinleyicilere, kendisinin de bu sorundan yakındığına ilişkin paylaşımlarda bulunmuştur. Oprah Winfrey, Howie Mandel ve bazı önde gelen Hollywood aktörleri de bu sorunla ilgili sıkıntılarını dile getirmiştir. Birçok kitap, film ve TV şovunda da bu sorundan söz edilmiştir.

Sağlık Hizmetleri Personelinin Eğitilmesi

Birçok tıbbi rahatsızlık konusunda öncü olmasıyla bilinen bir ülkede, parürezis hakkında bu kadar az şey bilinmesi veya ne olduğunun anlaşılamaması oldukça şaşırtıcıdır. Çoğu pratisyen hekim ve birçok ürolog, UMS hakkında bilgi sahibi değildir ve danışanlarına bu konuda nasıl yanıt vereceklerini ve/veya onları nasıl tedavi edeceklerini bilmemektedir. Bir tıp uzmanının verebileceği en kötü yanıt, (psikiyatristiniz tarafından deli olduğunuzun söylenmesi dışında, ki böyle bir durum yaşanmış bir olaydır) parürezisli bir kişiye “Aş artık bu sorunu” demektir. Eğer aşabilselerdi, zaten bu durumu aşarlardı. Ne yazık ki bu oldukça yaygın bir yanıttır.

Kişisel önyargılar, tıp uzmanları arasında da bulunabilir: “Arada bir böyle şeyler herkesin başına gelebilir, ama gerçek anlamda bir sorun değildir”; “İdrarını yeterince uzun süre tutarsan, yaparsın. Yapmak zorundasın. Zaten yapmazsan, bir süre sonra idrarını tutamazsın.” Buna karşı parürezis bulunan kişiler, “Hayır, öyle değil!” diye adeta haykırmak ister.

Yine benzer şekilde, tıp uzmanlarının anoreksiyaya karşı ilk tepkisi, tıp topluluğundaki anlayış eksikliğinin en iyi örneğidir. Bu bozuklukla ilgili çok fazla şey bilinmeden önce, anoreksiya bulunan kişilere, tıp uzmanları tarafından “Sadece yemek yiyin” deniyordu. Tedavi şekli buydu, sadece yemek yemek! Bugün ortalama bir insan bile, anoreksiyanın karmaşık bir psikolojik durum olduğunu ve anoreksiya bulunan bir kişiye, sadece yemek yemesini söyleyerek bu sorunun üstesinden gelinemeyeceğini bilmektedir. Aynı şekilde, ortalama bir insanın yanısıra tıp uzmanlarının da parürezisin karmaşık bir psikolojik (ve fiziksel) sorun olduğunu ve kişiye sadece “idrarını yap” demekle bu sorunun üstesinden gelinemeyeceğini bilmesi ve anlaması ne kadar harika olurdu.

UMS'yi Anlamak - Olasılıkların Bilinmesi

Uzman kişiler tarafından, parürezis konusunda sürekli çalışma yapılması ihtiyacı devam ettirilmelidir. Bu çalışmaların, yeni terapi yöntemlerinin kullanımı ve bu sorunun, kalıpların dışına çıkan olasılıkları gözönünde bulundurularak yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar yapılırken, aşağıda yer alan tanımlamalar daha fazla dikkate alınmalıdır.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk Bileşeni

Yazarlara göre, parürezisin en uygun şekilde bir sosyal fobi olarak kategorize edilebileceği oldukça açıktır. Ancak, 3. Bölüm'de belirtildiği üzere, dikkate alınmaya değer başka kuramsal kavramsallaştırmalar da bulunmaktadır. Parürezis ile ilgili olası bir bakış açısı, onu bir obsesif-kompulsif bozukluk olarak değerlendirmektir. Parürezis bulunan birçok kişi, bilinçli ya da bilinçsiz olarak, tuvalete kendilerinden sonra başkalarının girip girmeyeceğini tekrar tekrar kendilerine sordukları için UMS'nin genellikle takıntılı bir bileşeni vardır. Veya tuvalette başkaları varsa, etraftaki kişilerin tuvaletlerini yapmaya çalıştıklarını görüp görmeyeceklerini ya da seslerin etraftan duyulup duyulmayacağını kendilerine sorarlar. Dolayısıyla, parürezis sürekli bir kontrol (Biri beni görecektir mi? Biri beni duyacak mı?) takıntısını içerecek şekilde kavramsallaştırılabilir. Bu durum, yazarların UMS'nin birincil nedeninin, birisinin parürezisli kişinin davranışlarını gözlemlediği (ve dolayısıyla bu kişinin bakış açısından, bu davranış olumsuz olarak değerlendireceği) korkusu olduğu inancıyla bağlantılıdır.

Bir kişinin internet sitesinde yazdığı gibi:

“Sorunumuzun, daha çok obsesif-kompulsif bir sorun olduğunu düşünmeye başlıyorum. Kendimi sürekli bunu düşünürken buluyorum (takıntı) ve belirli toplu tuvaletlerden ya da durumlardan

kaçınma davranışı, neredeyse kompulsif bir davranış. “Acaba parürezis sorununu, OKB olarak tedavi (sanırım, genellikle ilaç yardımı ile) ettiren başka biri var mı merak ediyorum”.

Genetik Bağlantı

Araştırmalar, sosyal fobilerin genetik etkenlerle bağlantılı olduğunu ve parürezisin kuşaktan kuşağa aktarılma eğilimi olduğunu göstermektedir. Basitçe söylemek gerekirse, parürezis ailesel olma eğilimindedir. Ancak ironik bir şekilde, gizlilik bileşeni genellikle aile üyelerinin, aile-parürezis bağlantısını tartışmasını veya keşfetmesini engeller.

Biyolojik Nedenler

Biyolojik bakış açısı da incelenmelidir. Bu görüşe göre, UMS aslında normal bir tepkidir. İnsan da dahil olmak üzere herhangi bir hayvanın, hayatta kalma düzeneği olarak endişe veya korkulu durumlarda mesane işlevlerini durdurması doğaldır. Yani, aslında sosyal ortamlarda idrar yapabilenler anormaldir! Bu durum, sorunu normal bir tepki olarak yeniden çerçeveye koyarak tersine çevirir. Bu doğal korkunun üstesinden ancak sosyal koşullanma yoluyla gelinebilir. Bu, sorumluluğu UMS'ye sahip kişilerden uzaklaştıran büyüleyici bir bakış açısıdır.

Fizyolojik Nedenler

Parürezisli bazı kişilerin, mesane boynu kasının daralmasına bağlı ürolojik bir bozukluk nedeniyle bu sorunu yaşadıklarına ilişkin elimizde çok yeni kanıtlar vardır. Bu yeni ve potansiyel olarak heyecan verici keşif, parürezisli erkeklerin mini transüretal rezeksiyon yoluyla belirtilerinde bir rahatlama yaşayabilecekleri anlamına gelebilir. Prostatın transüretal rezeksiyonu (TURP), transüretal mikrodalga tedavisi (TUMT) veya pelvik tabanın uygun bölgesine bir botoks enjeksiyonu gibi. Her iki cerrahi girişim de, iyi huylu prostat

büyümesinden (BPH) yakınan erkeklerde kullanılmaktadır. Parürezis ile ilgili belirtileri oldukça şiddetli olan en az 2 erkek, bu tür bir ameliyattan sonra belirtilerinde yüzde 90 veya daha fazla rahatlama olduğunu bildirmiştir. Her iki olguda da, ürologun mesane boynu veya üretra bölgelerinde gerçek bir fiziksel tıkanıklık bulmadığı unutulmamalıdır.

Bunlar tartışmalı bulgulardır ve böyle bir uygulamanın, parürezisli diğer erkeklerle yardımcı olup olmayacağını söylemek için henüz çok erkendir. Dahası, bu cerrahi girişimler, parürezis tedavisi için onaylanmamıştır. Ancak parürezisli kişilere, özellikle de ciddi olgulara yardımcı olacak etkili tedaviler ararken açık fikirli olmak çok önemlidir. Gelecek, parürezis için bu tür cerrahi girişimlerin etkili olacağı ya da olmayacağı hakkında daha fazla veri sağlayacaktır. Kanseri prostatı alınan bazı erkeklerin, parürezis belirtilerinde azalma görüldüğü unutulmamalıdır. Parürezis için botoks tedavisinin de başarılı olduğu görülmüştür (Yoshimuri ve Chancellor, 2004).

Çevresel Nedenler

Elbette tuvalet tasarımı, parürezisi olan veya buna eğilimli bir kişinin tuvaleti kullanıp kullanamayacağı konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Konuyla ilgili ayrıntılı bir tartışma için okuyucu, tuvaletin evrimi hakkındaki Ek-C'ye başvurabilir. Parürezisi olan bir kişinin, pisuvarlar arasında tabandan tavana doğru paravanları bulunan bir erkekler tuvaletini, pisuvar aralıklarının tamamen açık olduğu (pisuvarın yan tarafında “kanatları” bile olmayan “alçak çanak” pisuvarlar olarak adlandırılan) bir tuvalete tercih edeceğini söylemek yeterlidir. Kadınlar için ise, tamamı kapalı bir kabinde oluşan bir tuvalet tercih edilirken, “kısa” aralıklı bölmelerden oluşan kabinler ve/veya dayanıksız, ince duvarları olan bir kabin idrar yapma eylemini olanaksız duruma getirebilir.

UMS'nin Görülme Sıklığı - Bu Sorun Kaç Kişide Var?

Kessler ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan ulusal komorbidite çalışmasına göre, yirmi yıl önce nüfusun yaklaşık yüzde 6,7'sinin evden uzakta, genel tuvaletleri kullanma korkusu yaşadıkları belirlenmiştir. Ancak çalışmadaki sorunun ifade edilmiş biçimi nedeniyle, insanlar için sorunun ciddiyetini ve yanıt verenlerin parürezisi olup olmadıklarını belirlemenin bir yolu yoktur. Sonuç olarak, genel Birleşik Devletler nüfusundaki parürezisin görülme sıklığını belirlemek için ek araştırma ve inceleme yapılması gerekmektedir. Tahminen 27 milyon insandan, sorulara olumlu yanıt verenlerin en az yüzde 0'u parürezisli kişiler olarak sınıflandırılmış (DSM-5 ölçütlerine göre) ve bu yaklaşık 3 milyon kişinin yüzde 10'u da ağır parürezisli kişiler (sosyal ve/veya mesleki yaşamlarını önemli ölçüde engelleyecek derecede bu sorundan yakınan) olarak sınıflandırılmıştır (Daha fazla bilgi için Ek-E'ye bakınız).

UMS'ye Yönelik Tek Tip Değerlendirme Ölçekleri

Danışanlara UMS ile ilgili sorular sormak için, yıllar boyunca farklı değerlendirme ölçekleri kullanılmıştır. Örneğin, psikolog ve yazarlarımızdan Joseph Himle, hızlı sonuç alınabilen utangaç mesane değerlendirme ölçeğini geliştirmiştir (bkz. 1. Bölüm). İdeal olan, tüm anksiyete bozukluğu kliniklerinin yanısıra olasılıkla parürezisi olan kişilerle karşılaşan tıbbi ve terapi uzmanlarının, bir danışanda parürezis olup olmadığını belirlemek için Himle ölçeğini kullanmalarıdır. Böyle bir tek tip ölçek, sadece danışana tanı koymaya yardımcı olmakla kalmayacak, aynı zamanda parürezisi olan kişiler hakkında araştırmalarda kullanılabilecek bilgilerin ölçülmesine de yardımcı olacaktır. Artık daha kapsamlı bir utangaç mesane ölçeği de bulunmaktadır (Deacon ve ark. 2012).

Tek tipte bir değerlendirme ölçeğini kullanmanın mantığı oldukça basittir: Farklı ölçekler kullanılırsa, hem tanı hem de tedavide ilerlemeyi belirlemek daha zor olacaktır. Bilgi veya eğitim eksikliği nedeniyle, UMS bulunan kişilere tanı koymada yetersiz kalılabilmektedir. Buna karşılık, Himle tarafından geliştirilen değerlendirme ölçeği ve diğer standartlaştırılmış ölçekler, uzmanlara anlaşılması zor olan bu sorunun tanısı için daha nesnel bir araç sağlamaktadır. Ve danışanlar, varolan sorunlarına yönelik başvurdukları uzmanlarının her ne kadar bu sendromun dinamikleri ile nadiren karşılaşmış olsalar bile, kendilerine konan tanıya daha fazla güven duyacaklardır.

Araştırma ve Kaynak Oluşturma

UMS'nin etiyolojisi, nedenleri ve en etkili tedavi yöntemlerinin belirlenmesine yardımcı olmak için çok sayıda araştırma yapılması gerekmektedir. Bugüne kadar, UMS için tedavi ve iyileştirme arayışında birincil bilgi kaynağı, danışan öyküsü niteliğindeki bilgiler olmuştur. UMS'nin nedenleri ve başlangıcına ilişkin sağlam temellere dayanan bir çalışma hipotezi geliştirmeden önce, çok daha fazla olgu öyküsünün derlenmesi gerekmektedir. Fiziksel özellikler, aile öyküsü, çevresel etkenler ve travmatik olaylar gibi konuları ölçmeye çalışarak karmaşık ve bütünlüşmüş nedenlere ilişkin belli kanıtlar bütünü oluşturmak üzere çalışmalar yapılmalıdır.

Bugüne kadar, bu durum ile ilgili birçok olası açıklama öne sürülmüştür; bunların bazıları sonuçta kanıtlanmış bilgiler değildir, bazıları ise giderek artan danışan öyküleri niteliğindeki kanıtlarla tutarlıdır. Bu kitap boyunca tartışılan açıklamalar arasında kültürel ve çevresel değişkenler, çocukluk döneminde tuvalet eğitimi ile ilgili yaşanan sıkıntılar, cinsel istismar, homofobi, sosyal mesafe işgalinin neden olduğu kaygı durumu, genetik ve biyokimyasal neden-

ler, obsesif-kompulsif bozukluk, nefreti ifade edememe, içselleştirilmiş cezalandırma isteği veya işeme eyleminin cinsellikle “bilinçsiz” ilişkilendirilmesi gibi psikoanalitik açıklamalar ve son olarak travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yer almaktadır. Son olarak, erkeklerde ve kadınlarda idrar yolu hastalıklarının veya erkeklerde prostat sorunlarının idrar yapma zorluğuna neden olabileceğini ve bu tür tıbbi nedenlerin bir muayene ile dışlanması gerektiğini bilmek önemlidir.

En etkili tedavi yöntemlerini belirlemek için, çok sayıda kapsamlı ve titiz alan çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Parürezisli kişiler için çeşitli tedavi yöntemlerinin etkinliğine ilişkin genel bir çerçeve sunan birçok olgu çalışması ve ülke çapındaki çeşitli anksiyete bozuklukları kliniklerinden elde edilen veriler bulunmaktadır.

Örneğin, psikodinamik terapi, davranışçı terapi, bilişsel-davranışçı terapi, ters niyetleme tekniği, hipnoterapi ve kendi kendine kateterizasyon yöntemlerinin, az sayıda olguda olumlu sonuçlar verdiği bildirilmiştir (bkz. Ek-A ve B). Yine de bugüne kadar, en etkili tedavi yöntemlerine ilişkin kesin kanıtlar sunan kontrollü araştırmalar bulunmamaktadır. Henüz hangi yöntemin veya yöntemlerin tek başına veya birlikte kullanıldığında, en iyi sonucu verdiğini bilmenin bir yolu yoktur. Ayrıca, parüretiklerin alt grupları arasında başarılı yöntemlerin ilişkisini belirleyen kesin bir veri bulunmamaktadır; bazı yöntemler belirli bireyler için iyi sonuç verirken (belki de UMS’nin etiyojisine bağlı olarak) diğerleri için olumlu sonuçlar vermemektedir.

Aynı şekilde, hangi ilaçların –eğer varsa– parürezis tedavisinde etkili olduğuna ilişkin bilgi eksikliği bulunmaktadır. Cardura, Paxil ve Atenolol’ün bazı kişilerde işe yaradığına ilişkin olgu gözlemleri niteliğinde kanıtlar vardır. Ancak burada bile, fark yaratan şeyin ilacın kendisi mi yoksa ilacın başka bir tedavi yöntemiyle (örneğin,

aşamalı üstüne gitme terapisi) bileşiminin mii etkili olduğu net değildir. Sık sık idrara çıkan ya da aşırı aktif mesanesi olan kişiler için bazı ilaçlar olmasına rağmen, ilaç şirketleri henüz bu özgün sorunu ele almamıştır.

Son olarak, tedavi gören danışanlardaki iyileşmenin ne kadar sürdüğüne ilişkin kesin bir bilgi bulunmamaktadır. Himle'nin çalışmasından, yüzde 40'ın kazanımlarını koruduğu veya iyileştiği, diğer yüzde 20'nin aynı kaldığı ve son yüzde 40'ın daha önce elde ettikleri kazanımları kısmen veya tamamen kaybettiğine ilişkin kanıtlar vardır. Soifer'in atölye çalışmalarından elde ettiği veriler, çoğu katılımcının kazanımlarını altı ay sonrasında koruduğunu göstermektedir.

Parürezisin tanımlama, anlama ve tedavi etme arayışında kesinlikle çok önemli olan nokta, ülke çapında çeşitli bölgelerde kontrollü bir araştırmadır. İdeal senaryoda, her bir bölgede aşağıda belirtilen dokuz grup arasında parürezisli en az 40-50 katılımcı olması gerekmektedir: Tedavi uygulanmayan bir kontrol grubu; destekleyici konuşma grubu tedavisi alan ancak başka hiçbir ek tedavi uygulanmayan bir grup; davranışçı (aşamalı üstüne gitme teknikleri) terapisi uygulanan bir grup; bilişsel terapi uygulanan bir grup; ilaç tedavisi uygulanan bir grup; bilişsel-davranışçı terapi uygulanan bir grup; ilaç ve davranışçı terapi uygulanan bir grup; ilaç ve bilişsel terapi uygulanan bir grup; ve ilaç ve bilişsel-davranışçı terapi uygulanan bir grup.

Hem yeterli sayıda danışan hem de böylesine büyük bir çalışmayı yürütecek finansman bulunana kadar, UMS için en etkili tedavi yöntemlerinin neler olduğunu saptamak mümkün değildir. Bu arada, en umut verici görünen model –aşamalı üstüne gitme teknikleri (BDT terapisinin bir unsuru)– birincil tedavi yöntemi olmaya devam etmektedir.

Bir parüretiğin anlattığı gibi:

“53 yaşında evli bir erkeğim, uzman bir bilim insanıyım. Yaklaşık 11 yaşımdan beri bu sorundan yakınıyorum. Seyahat etmek, özellikle de uçak yolculuğu benim için son derece zor ve kalıcı kateter kullanımı gibi ciddi önlemlere başvurmak zorunda kaldım (kulağa geldiği kadar korkunç değil). Zihinleri tıpkı benimki gibi bu sorun nedeniyle karman çorman olan pek çok insanın olduğu bilgisinden oldukça teselli buldum, yine de, her birimizin yakınlarımızdan kurtulmasını sağlamanın bir yolu olmasını kesinlikle isterdim.”

Özet

Parürezis, insanların hayatlarını mahvederek onları “bir maymunla birarada yaşamaya” zorlamaktadır. Parürezisli insanları tek hücreli bir hapisanede tutan gizlilik zinciri, ancak toplumun, parürezisli kişilerin ve en önemlisi sağlık hizmetleri uzmanlarının eğitilmesiyle kırılabilir. Toplumda farkındalık arttıkça, daha fazla araştırma yapabilmek için finansman da doğal olarak bunu izleyecektir. Gelecekteki araştırmalar, daha etkili tedavi yöntemlerinin ve bu sorunu tetikleyebilecek nedenlerin belirlenmesine yol açacak önemli bilgiler sağlayacaktır. Dolayısıyla, bu sorunu tedavi etmek ve toplumu eğitmek için çok yönlü bir yaklaşım, bu yıkıcı sosyal fobiyi etkili bir şekilde ele alacaktır.

Sonuç

Uluslararası Parürezis Birliği’nin 1996 yılında kuruluşundan bu yana, parürezisli insanlar için çok şey değişmiştir. Belki de bunlardan en önemlisi, daha önce hiç olmadığı kadar çok insanın utangaç mesane hakkında bilgi sahibi ve/veya tedavi arayışı içerisinde olmalarıdır. Binlerce insan, IPA’nın utangaç mesane sendromunun tedavisine yönelik düzenlediği atölye çalışmalarına katılmış ve Utangaç Mesane Merkezi’nin kurmuş olduğu terapötik iletişim ağına dahil ol-

muştur. Birliğin, internet sitesinde yer alan tartışma forumunun yaklaşık 8 bin kayıtlı kullanıcısı bulunmaktadır ve bu forum çevrim-içi olduğundan beri onbinlerce gönderi almıştır. Parürezis alanında yapılan araştırmaların sayısı giderek artmaktadır (bkz. Ek-A ve B). Dünyanın dört bir yanındaki gazetelerde, binlerce makale yayımlanmış ve bu konuyla ilgili yüzlerce radyo ve TV röportajları yapılmıştır. Birlik, ayrıca sosyal medya etkinliklerinde (özellikle LinkedIn, Facebook, Twitter ve Instagram) etkin olarak yer almakta ve internetin gücünü hem parüretiklere ulaşmak hem de toplum ve ruh sağlığı sektörlerini eğitmek için kullanmaktadır.

Uluslararası Parürezis Birliği'nin 2016'daki 15. yıldönümü için, IPA'nın bugüne kadar elde ettiği başarıların bir PowerPoint sunumu hazırlandı ve bu sunum, kurumun internet sitesinde yer almaktadır. Birliğin en önemli başarıları, binlerce insanın parürezisten kurtulmasına veya iyileşmesine yardımcı olmanın yanı sıra, işyerlerinde, işe alım öncesinde uygulanan ve zorunlu olan idrarda uyuşturucu testine alternatifler konusunda kaydedilen ilerleme de önemli bir başarıdır. Bir diğer önemli başarı ise, parürezisin ardındaki düzenerlerin daha iyi anlaşılmasıdır (Bkz. Ek-C).

Birliğin hâlâ yapması gereken çok şey var. Parürezise neden olan ve bu sorunu sürdüren iki çevresel etken arasında neredeyse hiçbir şey değişmemiştir: Bunlardan biri, okul ortamında zorbalığa maruz kalma ve diğeri, genel tuvaletlerin tasarımıdır. İnsanları, okul ortamında zorbalığa maruz kalmanın utangaç mesane sendromunun etkenlerinden biri olabileceği konusunda bilinçlendirmek ve genel tasarımının düzenlenmesi, büyük bir girişim olacaktır. Aynı zamanda genel tuvaletlerin fiziksel durumlarının değiştirilmesi ya da iyileştirilmesine yönelik ilerleme kaydetmek üzere, 'Amerikan Tuvalet Birliği' adı altında ayrıca bir derneğin kurulması gerekmektedir.

Ruh sağlığı ve sağlık hizmetleri topluluklarını, parürezis konusunda eğitime görevi de bir diğer önemli hedeftir. Son yirmi yılda bu alanda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu alanda, Utangaç Mesane Merkezi, bu bozukluğu etkili bir şekilde tedavi eden bir terapist ağına sahiptir. Birleşik Devletler genelinde anksiyete bozukluğu üzerine çalışmalar yapan kliniklerde ve özel muayenahanelerde çalışan terapistler de parürezisli danışanlarını tedavi etmekte ve destek olmaktadır. Bununla birlikte, danışanın yasal ve kendisi için uygun olabilecek psikolojik desteği bulma konusunda çaba göstermesi gerekmektedir çünkü parürezis için mucize tedavi yöntemlerinin olduğunu savunan ve bunların reklamını yapan şarlatanların internet ortamındaki varlıkları giderek artmaktadır.

Sağlık hizmetleri uzmanlarının ve personelinin, bu bozukluk hakkında eğitilmesi için hâlâ yapılması gereken çok şey var. Mantıken bu hastalık hakkında en fazla bilgiye sahip olması gereken ürologların, parürezis konusunda hâlâ bilgisiz oldukları görülmektedir. Genel tıp pratisyenleri, parürezis hakkında nadiren bilgi sahibidir. Bu nedenle, Amerikan Tabipler Birliği'ni (AMA) hedef alan büyük bir eğitim kampanyası yürütülmelidir. Böyle bir kampanya, Ulusal Sağlık ve Ruh Sağlığı Birliklerinin (NIH, NIMH) desteğini de içermelidir.

Parürezisin karmaşık düzeneklerini anlamak için birincil araştırmalara finansman desteği sağlamak çok önemlidir. Bunun için örnek olabilecek dernekler, Ulusal Vulvodini Derneği (NVA) ve Selektif Mutizm Merkezleridir. İlginç bir şekilde, bu bozukluklar ve parürezis arasında bazı benzerlikler vardır. Vulvodini, kronik bir pelvik taban sorunudur ve selektif mutizmle ilgili yapılan anket sonuçları, selektif mutizm sorunu yaşayan çocukların yaklaşık yarısında parürezis bulunduğunu göstermektedir.

Uluslararası Parürezis Birliği'nin, uzun dönemde varlığını ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, birliğin yönetim kurulu bir bağış kampanyası başlatmıştır. Başarılı bir şekilde 1 milyon dolarlık bağış toplama hedefine ulaşarak 2021 yılında, yani birliğin 25. yıldönümünde, gerekli desteği sağlayacaktır. IPA'da kalıcı olarak çalışan istihdam etmek ve yukarıda anahatlarıyla belirtildiği üzere kuruluşun hedeflerini ilerletmek için de finansal destek sağlanacaktır.

Yazarlarımızdan Steven Soifer anlatıyor:

"Dünya çapındaki bu hareketin bir parçası olmanın benim için ne anlama geldiğini sözcüklerle ifade etmem mümkün değil. Kişisel iyileşmem dışında (beni tanıyanlar 'iyileştirm' demek istemediğimi, artık hayatımı parürezisi ile ilgili herhangi bir endişe duymadan yaşadığımı bilirler), pek çok insanın bu rahatsızlıktan kurtulmasına yardımcı olabildiğim için çok mutluyum. Danışanlarım ve IPA'nın gerçekleştirdiği atölyelere katılanlar arasında çok sayıda ilginç, yaratıcı, zeki ve işlevsel (parürezis bir yana) insanla tanıştım. Bence utangaç mesane sendromu konusunda bir 'dönüm noktasına' ulaştık. Elbette, herkes yaşadığı bu sorun ile ilgili, bugün kadınların meme kanseri veya erkeklerin prostat kanseri hakkında konuştuğu kadar özgürce konuşabildiğinde, bizler de bu sorun ile mücadele ettiğimizi hatırlayacağız. Bu, insanların yaşadığı kişisel acılarını değiştirmese de, en azından utangaç mesane sendromu bulunan kişiler yalnız olmadıklarını bileceklerdir."

EK-A İlk Araştırma Verileri ve Dergi Makaleleri

Parürezis ile ilgili en çarpıcı özelliklerden biri, bu alandaki ilgi yetersizliğidir. 27 milyon veya daha fazla Amerikalının genel tuvaletlerde idrar yapmaya çalışırken bir dereceye kadar zorluk yaşadığı düşünüldüğünde, bu tür bir klinik ihmal şaşırtıcıdır. Biz yazarlar, aslında araştırmacıların bu konuyu niçin görmezden geldiği konusunda sonsuz spekülasyon yapabiliriz, ancak bunun yerine daha teknik yönlerle ilgilenenler için aşağıda utangaç mesane sendromu (UMS) hakkında mevcut olan hakemli makalelere ve kitaplara, genel bir bakış açısı sunuyoruz. Bu bilgiler, bu sendromun anlaşılmasındaki evrime ilişkin mümkün olduğunca kapsamlı bir girişim sunmaktadır.

Bugün parürezis olarak kabul ettiğimiz bu bozukluk ile ilgili en eski bilginin, 1870 yılında İngiltere’de yayımlanan ‘Stammering and Stuttering’ (Konuşma Güçlüğü ve Kekemelik) başlıklı bir kitapta yer aldığını biliyoruz. Burada yazar J. Hunt, utangaç mesanenin bir hekim tarafından, konuşma sırasında ortaya çıkan kekemeliğe benzetilerek nasıl tanımlandığını anlatmaktadır.

Dr. (James) Paget (İngiliz bir cerrah) konuşma güçlüğünü (kekemelik anlamına geldiği açıktır) “kekemelik yapan işeme organları” ile karşılaştırdıktan sonra sözlerine şöyle devam etmektedir: “Kekeleyerek konuşmanın neredeyse tüm kavramlarının, tutukluk yapan idrar organları ile paralel olduğunu söylemek yeterlidir.” Paget her

iki durumu da “sinir sisteminin genel duyarlılığına” bağlamaktadır (s. 290-291).

Parürezis hakkında Rusça yayımlanan bir Wikipedia makalesi sayesinde, bu sorundan çağdaş anlamda ilk kez, 19. yüzyılın sonlarında (1897) bir Rus dergisinde söz edilmiştir. Bir psikiyatrist olan Bekhterev’in makalesinin başlığı (İngilizce çevirisi) bile ilginçtir: “İdrar yapmada bir tür psikopatik bozukluk”. Bekhterev, birkaç danışanda anksiyetenin eşlik ettiği parürezisin ne olduğunu açık bir şekilde tanımlamaktadır. Hastanın rahatlamış bir pozisyona geçmesini ve zor durumlarda kullanılan, bir tür kod sözcüğü Morpheus (Düşler Tanrısı) ile eşleştirilmesini önermektedir (Pavlovian Koşullandırma).

Bir yıl sonra, 1898’de, P. Raymond adında Fransız bir hekim de “İşemenin Psikopatik Bozuklukları” başlıklı (İngilizce çevirisi) bir konferansta günümüzde parürezis olarak adlandırılan sorunu tanımlamıştır. Aslında Raymond, 24 yaşındaki bir askerin gözlemlerine dayanarak bu durumu idrar yapmada “iktidarsızlık” olarak tanımlamakta; J. Paget, M. Guyon ve M. Jules Janet gibi dönemin önde gelen hekimlerinin konuyla ilgili önceki çalışmalarına atıfta bulunmaktadır. Paget, 1875 yılında bu konudan söz etmiştir (Klinik dersler ve denemeler). Guyon 1884’te (İdrar yolu hastalıkları üzerine dersler) üriner utangaçlığı ve üretral spazma atıfta bulunarak bu konu hakkında yazmıştır. Janet 1888 tarihli tezinde (İşemenin ötesinde psikopatik bozukluklar) bu konuyu geniş kapsamlı olarak tartışmıştır. Raymond’a göre tedavi: “Hastaların dikkatini idrar yollarından başka yöne çekmek.” Bu işe yaramazsa, o zaman önerdiği yöntemi şu şekilde tanımlamaktadır: “Üretraya yüzde 5-10’luk kokain çözeltisinden yirmi damla damlatmak.”

UMS ile ilgili ilk dergi raporlarının neredeyse tamamı, psikanalitik ve psikodinamik (Freudcu) nedenler ve tedavi yöntemlerinin

yanısıra yalnızca kadınlara odaklanmıştır. Örneğin, Wobus (1922) (şu anda parürezis olarak bildiğimiz konuyla ilgili bilinen ilk hakemli makalesinde) idrar retansiyonunun, genellikle anatomik bozukluktan çok “duygusal etkenlerin” bir sonucu olarak ortaya çıktığı gerçeğini kabul etmiştir. O günün üroloji literatürünü gözden geçirdikten sonra, Pedersen (1923) sadece birkaç yazarın, bazı hastalarda idrar retansiyonuna histerik bir reaksiyon olarak dikkat çektiğini saptamıştır.

Daha sonra, Braasch ve Thompson (1935), saptanabilir herhangi bir organik neden olmaksızın “idrar tutukluğu” yakınması olan çok sayıda kadının varlığını doğrulamış ve tüm bunların psikodinamik etkenlerden kaynaklandığını öne sürmüştür. Winsburg-White ve arkadaşları (1936) kadınlarda idrar tutukluğunun iki nedenini rapor etmiş ve hastaları başarılı bir şekilde tedavi etmek için mesane boynunun cerrahi operasyonla alınması yöntemini uygulamıştır. Menninger, (1941) işemenin anlamını, Freud’un terimleriyle cinsel ve saldırganlık dürtülerinin bir ifadesi olarak açıklamaya çalışmıştır. Benzer şekilde, idrar tutukluğunun istenmeyen cinsel arzulara karşı kişinin kendisini suçlaması eylemi olduğunu öne sürmüş ve tedavi ettiği bir kadın hastasında bu durumun iyileştiğini iddia etmiştir. Ritch (1946) idrar retansiyonunun en iyi şekilde, bu duruma yol açan altta yatan psikolojik etkenler ve çatışmalarla ilgilenilerek tedavi edilebileceğini öne sürmüştür.

Emmett, Hutchins ve McDonald (1950), üretral sfinkter kaslarının bir kısmını keserek idrar tutukluğu yakınması olan kadın hastalarının yüzde 82’sini başarıyla tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Terapistler, bu olgularda herhangi bir organik ya da genetik hastalık bulgusuna rastlamamış ve sorunun tamamen psikolojik nedenlere bağlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Ayrıca, bu bozukluğun olasılıkla daha önce düşünülenenden daha sık oluştuğunu öne sürmüşlerdir.

Williams ve Degenhardt (1954), parürezis terimini ortaya attıkları psikojenik idrar retansiyonuna ilişkin ilk kapsamlı çalışmanın bir parçası olarak, üniversite öğrencilerine şu soruyu içeren bir anket uygulamışlardır: Başkalarının yanında idrarınızı yapmakta zorlanıyor musunuz? Yazarlar, ankete katılanların en az yüzde 14'ünün idrar tutukluğu sorunu yaşadıklarını bildirdiğini saptamışlardır. Ayrıca, Williams ve Degenhardt, idrar tutukluğu ile işyerinde gözleniyor olduğunda rahatsızlık hissetme arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamış ve parürezisli kişilerin gerçekten de sosyal fobi belirtilerine sahip olduğunu öne sürmüşlerdir.

Williams ve Johnson (1956), çocukluk döneminde teyzesi ve eniştesi tarafından fiziksel, duygusal ve cinsel istismara uğramış bir kadını tanımlamışlardır. Kadın, istismar öyküsü ile bağlantılı olarak tüm dikkatini cinsel ve boşaltım işlevlerine odaklamış ve bilinçsizce idrar yapma eylemini cinsel etkinlik ile bağdaştırmıştır. Kadın, akrabalarına karşı öfkesi dışa çıkmak üzere olduğunda, idrar yapmakta zorluk çektiği için, terapistler de idrar tutmanın, düşmanca duyguların bastırılmasını sembolize ettiği sonucuna varmışlardır.

UMS'li bir kadınla ilgili bir olgu çalışması sunan Chapman da (1959), benzer sonuçlara ulaşmıştır. Danışan, enste maruz kalmamış olmasına rağmen, üvey babasına yönelik öldürücü nitelikteki düşmanlığının bir sonucu olarak yoğun psikolojik stres yaşamıştır. Williams ve Johnson'ın (1956) danışanında olduğu gibi, bu kadın da ne zaman öfkesi bilince çıkmak üzere olsa idrar retansiyonu atakları yaşamıştır.

Chapman, ayrıca bu olguda belirtilerin, düşmanlık duygusunun dışa vurulmasında olduğu gibi, üriner sistemdeki yerleşiminin çocukça bir arzu olan annenin mezarına işeme isteğinden ve bu tür bir suçluluk duygusundan kaynaklandığını da ima etmiştir. Dört yıl süren psikodinamik terapi, saldırgan dürtülerini tanımasına ve bu

dürtülerle başa çıkmasına yardımcı olduktan sonra idrar retansiyonu ortadan kalkmıştır.

Knox (1960), bir kadın danışanının doğum yaparken geçici bir idrar tutukluğu atağı sonrasında parürezis geliştirdiği yönünde tahminde bulunmuştur. Knox ayrıca, kadının hamileliğe duyduğu kızgınlığın ve daha fazla cinsel ilişkiden kaçınma arzusunun, belirtilerin devam etmesine hizmet ettiğini belirtmiştir. Danışanının idrar retansiyonu, psikolojik sorunlarını kabul edip bunlarla yüzleştiğinde sona ermiştir.

Norden ve Friedman (1961), içselleştirilmiş çatışmaların bir sonucu olarak psikojenik idrar retansiyonu yaşayan iki kadınla ilgili bir çalışma sunmuşlardır. Terapistler, ilk kadının idrar yapamamasını, stres ve bastırılmış duygularla başa çıkma çabası olarak açıklamıştır. İkinci kadın ise bir arkadaşının anürü (idrar üretiminin olmaması) nedeniyle öldüğünü duyduktan sonra idrar retansiyonu sorunu geliştirmiştir. Norden ve Friedman bu iki idrar retansiyonu tutulması olgusunun da psikosomatik olduğunu ve uzun süreli psikoterapi gerektirdiğini belirtmişlerdir.

Scott, Quesada ve Cardus (1961), 11 sağlıklı yetişkin erkekte idrar akışına karşı direnci incelemiştir. Bunu başarmak için yazarlar, sfinkter hareketlerini, mesane basıncını ve idrar akışını eşzamanlı olarak ölçen bir yöntem kullanmışlardır. Yöntemlerinin, örneklemelerindeki ürolojik zorlukların başlıca nedenleri olan yaralanma, ilaçlar ve/veya hastalığa bağlı tereddütlerin derecesini belirlemede değerli bir araç olduğu sonucuna varmışlardır.

Larson, Swenson, Utz ve Steinhilber (1963), yaşları 13–69 arasında değişen 37 parürezisli kadın üzerinde çalışmıştır. Bu kadınlarda genel olarak organik herhangi bir bozukluk olmadığından, terapistler kadınlarla görüşmüş ve kendilerine çeşitli psikolojik test-

ler uygulanmıştır. Kadınların, histerik kişilik özellikleri, depresyon belirtileri ve birkaçının ise şizofreni belirtileri gösterdiğini saptamışlardır. Kadınların çoğu çeşitli psikolojik sorunlardan söz etmiş ve her biri somatik yakınmalar dile getirmiştir. Kadınların çoğu, idrar retansiyonu sorunlarının öncesinde fiziksel veya duygusal olarak stresli bir olayın meydana geldiğini belirtmiştir.

Wahl ve Golden (1963), UMS'li bireylerle ilgili birkaç olgu çalışması sunmuştur. O zamana kadar yapılan çalışmaların çoğundan farklı olarak, Wahl ve Golden, idrar retansiyon sorunu olan hem erkek hem de kadın hastaları incelemiştir. Terapistler, danışanlarında parürezis gelişimine birçok farklı etkenin neden olduğu sonucuna varmıştır. Sunulan ilk olgu, idrar retansiyonunun cinsel çatışmalardan kaynaklandığı anlaşılan bir kadınla ilgiliydi.

Yazarlara göre bu durum, kadının annesi onu genç bir yaşta cinsel ilişkiden kaçınması konusunda uyardığı için, kadının önüne gelenle cinsel ilişki yaşaması sonucu idrar retansiyonu; kendisini cezalandırması ve penisin girişini önlemek için bir bakıma dolaylı bir araç olarak işlev görüyordu. Daha sonra terapistler, geçirdiği hastalık sonrası üriner sistemi hassaslaşan ve parürezis gelişen bir kadını incelemiştir. Bu olguda, mutsuz bir evliliğe bağlı yaşanan sorunlar, aşırı eleştirel ve ilgisiz bir eşe duyulan öfkenin ifade edilememesi, üriner belirtilerin lokalize olmasına yol açmıştır. Bir başka olgu da, korku ve suçluluk duygusunu bilinçsiz bir şekilde tamamen üriner işlevlere aktaran bir erkekle ilgiliydi. Psikoterapi sırasında olgu, hem karısının hem de annesinin ölümü için güçlü bir istek duyduğunu, bir meslekdaşının ürolojik bir hastalık sonucunda ölümüne tanık olduktan sonra ölüm ve eşcinsel olma korkusu yaşadığını, diğer erkekleri işerken gördüğünde cinsel anlamda uyarıldığını ve penisinin boyutu ve mastürbasyonla ilgili çeşitli çocukluk korkuları olduğunu belirtmiştir.

1960'lı yılların ortasından itibaren, klinisyenler UMS tedavisinde, hem “konuşma” terapisi içeren hem de içermeyen davranışçı ve diğer teknikleri kullanmaya başlamıştır. Knowles (1964), daha önce cerrahi operasyona, ilaç tedavisine ve psikoterapiye yanıt vermemiş, kaygılı bir kadın olguyu tanımlamıştır. Terapist 17 seans boyunca hipnoterapi uygulamış ve kadının daha az gergin olduğunu, sonrasında ise her gün birkaç kez kolayca idrarını yapabildiğini bildirmiştir. Ancak, UMS iyileşmesine rağmen, kadın boynunda şişme ve sesini kaybetme gibi başka histerik tepkiler göstermeye devam etmiştir.

Margolis (1965), o dönemdeki mevcut kaynakları gözden geçirmiştir. Psikojenik idrar retansiyonunun, hem “oldukça nadir bir sendrom” olduğunu hem de “olağandışı olmadığını” kaydeden yazar, sorunun genellikle bir tür sosyal veya psikolojik travmanın ardından ortaya çıktığını, yakınma getiren kişilerin “nevrotik veya psikotik” olarak tanı alabildiğini ve kendilerinde organik bir etiyolojinin belirgin olmadığını gözlemlemiştir.

Cooper (1965), şiddet uygulayan bir kocayla olan ilişkisine tepki olarak periyodik UMS atakları geçiren bir kadın olgu sunmuştur. Kadının idrar retansiyonu, birkaç kez hastaneye yatırılmasına neden olmuş ve korku dolu bir ev ortamından uzaklaşmasını da sağlamıştır. Terapist, psikojenik belirtilerin yerine geçebilecek koşullu bir tepkinin oluşmasını sağlamak amacıyla, danışanına periyodik olarak karbakol (parasempatik bir uyarıcı) enjekte ederek istemsiz idrar atımı ataklarının oluşmasına neden olmuştur. Daha sonra terapist karbakol yerine danışanına steril su enjekte etmiş ve beklenmedik bir şekilde kadının idrar yapmasını sağlamıştır. Kadın daha sonra terapistin yönlendirmesi ve kendi istediği zaman idrarını yapabirmiştir. Böylece Cooper, kapsamlı bir danışmanlık yöntemi kullanmadan, UMS'yi bir karşıt koşullanma yöntemiyle tedavi et-

miştir. Ancak terapist, bu karşıt koşullanma tepkisinin sönmemesi ve özgün idrar belirtilerinin geri dönmemesi için danışanına evliliği ile ilgili bir değişiklik yapılması gerektiği konusunda uyarıda bulunmuştur.

Barnard, Flesher ve Steinbrook (1966), UMS'li 27 yaşındaki bir kadın danışanlarının tedavisinde, “Bireye uygulanan ani bir stresin paradoksal olarak parasempatik boşalımı uyurabileceği” yorumu yapmışlardır. Bu amaçla, kadını bir klozete oturtmuşlar, bacaklarına elektrot uygulamışlar ve kadın işeyinceye kadar kendisine sürekli elektrik akımı vermişlerdir. Birkaç gün süren bu terapiden sonra kadın, akımı kendisi uygulamayı öğrenmiş ve her seferinde idrarını yapmaya devam etmiştir.

Elliott (1967), *in vivo* duyarsızlaştırma yöntemini kullanarak, geleneksel sözlü danışmanlıktan çok az semptomatik rahatlama sağlamış parürezisli bir erkeği tedavi etmiştir. 28 seanslık bir terapi süreci boyunca terapist, danışanı izole bir tuvalette idrarını yapmaya çalışırken ona giderek daha fazla yaklaşmış ve sonunda danışan, herhangi biri tuvalete girdiğinde idrar akışını sürdürebilmiş ancak kendisi, başkalarının da tuvalette olduğu zamanlarda süreci başlatmakta zorluk çekmeye devam etmiştir. Kapsamlı bir davranışçı terapi programının parçası olarak Elliott, danışanına “öğrenme kurası” hakkında bilgi vermek ve hayal kırıklıklarıyla başa çıkmasına yardımcı olmak üzere danışmanlık sağlamaya devam etmiştir. Gelecekteki olgularla ilgili olarak terapist, bu tip seanslar konusunda ısrarcı olacağını, pekiştirme amacıyla keyif verici davranış örnekleri (örneğin, sigara içmek) kullanacağını ve danışanı, başkalarının da aynı durumdan yakınmakta olduğuna ikna edeceğini belirtmiştir. Elliott ayrıca, sadece danışanın belirtileriyle çalışırken öğrenme ilkelerine sıkı sıkıya bağlı kalmasının, danışanın sınırlı başarısından sorumlu olduğunu kabul etmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu olgu, pa-

rürezisi tedavi etmek için aşamalı üstüne gitme tekniklerinin uygulandığı ilk olgudur.

Tanagho ve Miller (1970), mesaneyi anatomik olarak incelemeleri ve doku çalışmalarının yanı sıra işeme mekanizmalarına ilişkin çok sayıda çalışma yürütürken, yaygın olarak “iç üretral sfinkter” olarak adlandırılan belirli bir yapının bulunmadığı sonucuna varmışlardır. Bunun yerine, üretral kanalın etrafındaki çizgili kas sisteminin ve pelvik taban kas sistemini içeren ve hepsi tek bir sistem olarak işlev gören bir “sfinkter mekanizmasının” varlığını öne sürmüşlerdir.

Khan (1971), küçük bir erkek çocukta meydana gelen bir parürezis raporunu sunmuştur. Dokuz yaşındaki kaygılı çocuk, iki günlük akut idrar retansiyonu atağı sonrasında hastaneye getirilmiştir. Tekrarlanan kateterizasyon girişimleri, üretral sfinkterlerinin aşırı daralması nedeniyle başarısız olmuştur. Her bir parürezis atağı, çocuğun durumla başedemediği, bir hayal kırıklığı veya kaygı yaşadığında meydana gelmiştir. Danışan terapi sürecine katılınca, öfkesi ve kaygıları ile idrarını yapamama arasındaki ilişkiyi fark etmiştir.

Allen (1972), içselleştirilmiş düşmanlık belirtileri gösteren 6 parürezisli kadın tanımlamıştır. Bu kadınların çoğu şizoid ve şizofrenik kişilik özellikleri göstermiştir. Terapist, idrar retansiyonunun düşmanlığın etkin bir ifadesi ve öfkeyi dışa vurmak için kabul edilebilir bir seçenek olduğu sonucuna varmıştır. Doğru tanının önemini vurgulayan Allen, parürezisli danışanlarının psikolojik girişime başarılı bir şekilde yanıt verdiklerini belirtmiştir.

Lamontagne ve Marks (1973) biri erkek, diğeri kadın UMS’li iki danışanını, fobilerin tedavi edilmesinde sıkça başvurulanan flooding (üstüne gitme) tekniği ile tedavi etmiştir. Terapistler, danışanlarına seanslara katılmadan önce çok fazla sıvı içmelerini, önceden belir-

lenmiş genel tuvaletleri kullanmalarını ve ardından ihtiyaç duydukları süre kadar işemelerini söylemişlerdir. Tedavi seansları devam ettikçe, terapistler tuvaletlere giderek daha yakın bir yerde beklemişlerdir.

Danışanlar ayrıca, evlerinden uzakta bir yerlerde işeme alıştırmaları yapmış ve nihayetinde çeşitli halka açık tuvaletlerde zorlanmadan idrar yapabilmişlerdir. Her iki danışan da kaygı, utanç ve girişken olmayış gibi özellikler gösterdiği için, terapistler UMS'nin, sosyal fobinin özel bir türü olduğu sonucuna varmışlardır. Durum böyle olunca, tedavi, ne kadar acı verici olursa olsun, kaygıyı azaltmak için danışanların korkulan durumda kalmasını gerektiriyordu. Terapistler, ayrıca kaçınma davranışının (kaygı düzeyi azalmadan genel tuvaleti terk etme) uyumsuz idrar yapma eylemine ilişkin belirtileri pekiştirdiğini öne sürmüştür.

Davison'un (1968) orgazmik yeniden yönlendirme tekniğinin ilkelerini uygulayan Wilson (1973), daha önce sistematik duyarsızlaştırma yöntemine yanıt vermemiş olan parürezisli bir erkeği tedavi etmiştir. Davison'ın prosedürü; geleneksel heteroseksüel uyarıcıları, söndürme prosedürü aracılığıyla orgazm uyarısına bağlayarak istenmeyen cinsel eğilimlerin karşı koşullandırılmasından oluşmaktaydı. Benzer bir yöntem kullanan Wilson, danışanına, bildiği bir ortamda idrarını yapmaya devam etmesi ve bu eylemi gerçekleştirirken tuvalete giren başka birini gözünde canlandırması konusunda yönlendirmelerde bulundu. İki hafta sonra danışan, idrarını yaparken yanında başka birisinin durduğunu hayal ederek rahat bir şekilde idrarını yapabildi. Sonunda danışan halka açık tuvaletlerde, orada bulunan kişi sayısından bağımsız olarak kolayca işeyebildi.

Glasgow (1975), UMS'li 21 yaşında erkek üniversite öğrencisine ilişkin bir olgu raporu sunmuştur. Yazar, 15 maddelik bir kaygı hiyerarşisi, sistematik duyarsızlaştırma yöntemi ve gevşeme eğitimi

kullanmıştır. Bu yöntem başarısız olduğunda, Glasgow danışanının fazla miktarda sıvı tüketmesini sağlamış ve sonunda danışanının halka açık çeşitli tuvaletlerde idrarını yapabilmesine yardımcı olan uzun süreli bir üstüne gitme programı başlatmıştır.

Ray ve Morphy (1975), UMS'li bir erkeği tedavi etmek için sistematik duyarsızlaştırma ve metronom koşullu gevşeme tekniklerini kullanmıştır. Terapistler, bir metronomun yumuşak ritmi eşliğinde aşamalı gevşeme teknikleri yönergelerini okuduktan sonra, danışanın kaygı hiyerarşisinden korkutucu sahneler sunmuşlardır. Ayrıca, başarılı bir şekilde işeme şansını arttırmak için kendisine her seans öncesinde bol miktarda sıvı içirilmiş ve furosemid (bir diüretik) verilmiştir. Danışan dördüncü seanstan sonra iyileşme göstermiş ve dokuzuncu seanstan sonra terapiyi bırakmıştır. Ray ve Morphy, davranış terapisinin, içselleştirilmiş duygusal etkenlerle ilgili olmayan, belirli dış nesneleri ve durumları içeren fobilerin tedavisinde en etkili araç olduğunu belirtmiştir.

Rees ve Leach (1975), anketler ve mülakat tekniklerini kullandıkları bir çalışmada, test veya görüşme uygulanmış 190 üniversiteli erkek öğrencinin, yüzde 25–50'sinin periyodik olarak halka açık alanlarda bulunan tuvaletlerde idrar retansiyonu sorunu yaşadıklarını saptamışlardır. Yazarlar, yüzde 25 oranını şu soruya verilen yanıtlardan belirlemişlerdir: “Genel bir tuvalette yanınızdaki pisuvar-da (veya kabinde) biri varken en çok nelerden endişe duyarsınız?” Olası yanıtlar arasında “sesler”, “kokular”, “penis büyüklüğü” ve “diğer (lütfen belirtiniz)” kategorileri yer alırken, katılımcıların yüzde 25'i “diğer” kategorisini seçerek işeme eylemi konusundaki endişelerini dile getirmiştir.

Rees ve Leach, yüzde 50 oranını, belirli koşullar altında halka açık alanlarda bulunan tuvaletlerde idrar yapma konusunda biraz endişe duyduklarını verdikleri yanıtlarla ifade edenlere göre belirle-

mişlerdir. Kadınlarda UMS'na gelince, Rees ve Leach, ankete katılan veya görüşülen 113 üniversiteli kadının yüzde 20-25'inin genel tuvaletleri kullanırken ara sıra veya kronik olarak idrar retansiyonu yaşadıklarını saptamışlardır. Yazarlar, erkeklerin genel tuvaletlerde görsel mahremiyet konusunda kadınlardan daha fazla endişe duyduklarını, kadınların ise işitsel mahremiyet konusunda erkeklerden daha fazla endişe duyduklarını belirlemişlerdir.

Kaufman (1975), bir danışanını, bazen anksiyete tedavisinde de kullanılan antikonvülsan bir ilaç olan gabapentin ile tedavi etmiştir. Yedi ay süreyle tekrar tekrar uygulanan bu ilaç tedavisi, danışanın parürezis sorununun üstesinden gelmesine yardımcı olmuştur.

Stanton (1976), idrar retansiyonunun, kadınlarda tahmin edildenden daha yaygın olduğu sonucuna varmıştır. 14 olgu üzerinde yapılan bir incelemede, bazı olgular mesane boynu tıkanıklığı ve iltihaplanmasına bağlıyken, diğerlerinde (yaklaşık % 43) en azından eşlik eden bazı psikolojik sorunların olduğu kaydedilmiştir. Ya da makalede belirtildiği gibi, "14 olgunun altısında mevcut olan psikolojik sorunlar, akut idrar retansiyonu ile daha fazla ilişkili olabilir ve bu da büyük miktarlarda idrar tutma davranışının gerçekleştirilmesine, böylece 'utangaç' mesane sorununun ortaya çıkmasına yol açabilir. Ancak bu tür olgularda, nörolojik bir hastalığı dışlamak için ayrıntılı bir ürodinamik ve nörolojik değerlendirme yapılması gerekmektedir" (1554).

Barrett (1976), üç kadında psikojenik idrar retansiyonunu incelemiştir. "Psikojenik veya histerik idrar retansiyonu" olgularının tedavisinde, "kombine yaklaşıma" başvurduğunu belirten yazar düzenli işeme, düzenlenmiş sıvı alımı, aralıklı kateterizasyon ve psikiyatrik değerlendirme ve tedavi önermiştir.

Middlemist, Knowles ve Matter (1976), “kişisel alan” ihlalinin, işeme eylemini engelleyen önemli bir etken olduğunu öne sürmüştür. Halka açık olan tuvaletlerdeki pisuvarlarda kişiler arası mesafenin ve işemeyi başlatmadaki gecikmenin gizlice gözlemlenip ölçülmesini içeren çalışmalarında yazarlar, belirli bilişsel durumların - gerginlik, kaygı ve utanç – üretral sfinkterlerin gevşemesini engellediğini kaydetmişlerdir. Sonuç olarak, bu bilişsel durumlar bazı bireylerin idrar tutukluğu yaşamasına, mesane basıncında artışa ve hatta akut idrar retansiyonuna yol açar. Araştırmacılar şu yorumda bulundular: “Kişisel alan istilalarının uyarılma modeli; kişilerarası yakın mesafelerin, kişilerarası stres, uyarılma ve rahatsızlığı artırdığını ve istilalara karşı tepkileri üreten şeyin, bu uyarılma olduğunu öne sürmektedir. Hem işeme eyleminin gecikmesi hem de devamlılığının, kişiler arası mesafe ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir” (545).

Anderson (1977), parürezisli beş erkeği tedavi etmek için in vivo sistematik duyarsızlaştırma yöntemini kullanmıştır. Danışanlar, terapistin yönlendirmesi doğrultusunda kaygı hiyerarşisi oluşturmuş ve bunlar üzerine çalışmışlardır. Anderson, tedaviyi geliştirmek için danışanlara genel tuvaletlere girmeden önce acil işeme ihtiyacı için beklemelemlerini, sadece daha kolay durumlardaki kaygı ortadan kalktıktan sonra daha zor durumlara yaklaşmalarını ve son olarak işeme eylemi gerçekleşene kadar ya da en az üç dakikalık süre boyunca tuvalette kalmaları gerektiğini belirtmiştir. Bu üç dakikalık koşullandırmanın amacı, kaçınma tepkisinin pekiştirilmesini önlemektir. Terapi sürecinin ardından, bireylerin her biri genel tuvaletlerde istedikleri zaman idrarlarını yapabildiklerini bildirmiştir.

Ters niyetleme tekniğini kullanan Ascher (1979), daha önce sistematik duyarsızlaştırma, gizli olumlu pekiştirme, düşünce durdurma veya in vivo ev ödevleri gibi uygulamalara yanıt vermemiş parü-

rezisli beş kişiyi tedavi etmiştir. Terapist, danışanların her birine mümkün olduğunca kalabalık bir genel tuvaleti kullanmalarını, işeme eylemini tam olarak gerçekleştirmelerini ve makul bir süre boyunca tuvalette kalmalarını söylemiştir. Hiçbir durumda idrar yapamıyorlardı. Beceri kaygıları azaldığında, kişiler tipik olarak paradoksal direktifi bozmuş ve idrarlarını yapmışlardır. Sonraki terapi seanslarında, danışanlara idrar yapmayı mümkün olduğunca uzun süre engellemenin önemi vurgulanmıştır. Tüm danışanlar, altı hafta içinde kaygılarının azaldığını ve genel tuvaletlerde çok daha az zorlanarak ya da hiç zorlanmadan işeme eylemlerini gerçekleştirebildiklerini bildirmişlerdir. Sonuç olarak Ascher, ters niyetlemenin UMS ile ilişkili performans kaygısıyla başa çıkma da etkili bir yol olduğunun önemini doğrulamıştır.

Montague ve Jones (1979), UMS bulunan beş kadın ve bir erkek olguyu tedavi etmiştir. Yazarlar biofeedback, gevşeme eğitimi, rehberli imgeleme, psikoterapi, davranışçı terapi, ilaç tedavisi ve aralıklı kendi kendine kateterizasyon tekniklerini bileşim halinde kullanmış ve genel olarak iyi sonuçlar elde etmişlerdir.

Weissberg ve Levay (1979), psikiyatrist olarak klinik deneyimlerine dayanarak, UMS'nin penis boyutuyla ilgili kaygı duyulması gibi alta yatan psikodinamik çatışmaların ve sorunların belirlenerek tedavi edilmesini önermiştir. Yazarlar, UMS ile performans anksiyetesine bağlı, cinsel işlev bozuklukları arasında bir benzerlik kurmuşlardır. Ayrıca, UMS'nin ruhsal terapi ortamlarında nadiren ortaya çıkan bir sorun olarak görüldüğünü belirtmişlerdir.

Bird (1980), analitik psikoterapinin uygulandığı iki UMS olgusu bildirmiştir. Her iki olguda da “istenmeyen, bilinçdışı sadistik ve saldırganlık duyguları”, “önemli derecede bastırılmış saldırgan dürtülere ilişkin suçluluk duygusuyla [ilgili] yoğun fiziksel cezalandırma arzusu” ve kişisel beden alanının ihlaline karşı bir hassasiyet

örüntüsü kaydetmiştir. Dolayısıyla Bird, yoğun ve içselleştirilmiş öfkenin, duyguları ifade edememenin, düşmanca duygulardan kaynaklanan suçluluk duygusunun ve yoğun cezalandırma arzusunun UMS'nin gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli etkenler olduğunu öne sürmüştür. Yazar, sfinkter bozukluklarını, agresif bir bileşene sahip bir unsur, işeme eylemini de nefretin dışavurumunu simgeleyen bir unsur olarak tanımlamıştır. Bird aynı zamanda, danışanlarının mevcut öfkelerini başkalarına yansıtamadıklarını ve bu nedenle kendilerini ve başkalarını cezalandırmak için psikojenik belirtilere başvurdıklarını belirtmiştir.

Palmtag ve Reidasch (1980), 1.300 hasta üzerinde “ürodinamik analizler” yapmış ve bunlardan sadece yüzde 2,7'sinin psikojenik nedenlere bağlı olarak idrar zorluğu yaşadıklarını raporlamışlardır. Yazarlar, idrar retansiyonunun psikoza hastalar için daha tipik olduğunu, idrar akışında gecikmenin ise psikosomatik bozukluğu olan hastalar için daha tipik olduğu kanısına varmışlardır. Ayrıca, nöral duyarlılık testi ile psikojenik ve nörojenik mesane sorunlarını ayırt etmenin mümkün olduğu sonucuna varmışlardır.

Abramovici ve Assael (1981), üç UMS olgusu tanımlamıştır. İlki, idrar retansiyonu yakınmasıyla periyodik olarak hastaneye başvuran ancak psikolojik müdahaleyi sürekli olarak reddeden bir kadınla ilgiliydi. Kocasının sadakatsizliği nedeniyle kadın dikkat çekmek, duygusal sorunlardan kaçınmak ve kateterizasyon yoluyla cinsel hayat kırıklığını ifade etmek amacıyla idrar retansiyonu geliştirmiştir. Ardından Abramovici ve Assael, parürezisli ve ruhsal bozukluğu olan bir erkeği tedavi etmiştir. Duygusal zorluklar ve bir mesane yaralanmasından sonra kalıcı bir katetere ihtiyacının olması, psikosomatik belirtinin gelişmesinden ve lokalizasyonundan sorumlu görülmektedir. Terapistlerin son olgusu, acil idrar yapma ihtiyacını tanımayan bir kadınla ilgiliydi. Ağrıyı inkâr etmesi, kocasına yöne-

lik bastırılmış düşmanlık ve aralarındaki kötü ilişki nedeniyle hissettiklerini bastırmasıyla tutarlıydı. Bu nedenle terapistler, kadının idrar retansiyonu ve bu duruma eşlik eden ağrıyı inkâr etmesinin, kocasına karşı duyduğu nefret ve tiksintinin bilinçdışı ifadeleri olduğunu öne sürmüşlerdir.

Gruber ve Shupe (1982), 90 erkek üniversite öğrencisine bir anket uygulamıştır. Anket sonuçlarına göre, deneklerin yüzde 32'si, "başkaları varken işemeye başlamanın daha uzun sürdüğü" sorusuna "her zaman", "genellikle" veya "sıklıkla" yanıtı verirken; yüzde 68'i ise "ara sıra", "nadiren" veya "hiçbir zaman" böyle bir sorun ile karşı karşıya kalmadıklarını bildirmişlerdir. Gruber ve Shupe, ayrıca UMS ile "beden utangaçlığı" arasında güçlü bir ilişki olduğu kanısına varmış, parürezisi olan kişilerin bedenleri ve işlevleri konusunda utangaç ve çekingen olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu öne sürmüştür.

Seif (1982), UMS'li bir erkeği tedavi etmek için olağan indüksiyon prosedürleri olmadan hipnoz yöntemini kullanmıştır. Terapist, geleneksel indüksiyon prosedürlerinin uygulanması sonrasında, olgunun hipnoterapi sırasında kontrolü kaybetmekten korktuğunu fark etmiştir. Olgunun kaygısını hafifletmek için terapist, bunun yerine olguyu gevşemeye ve zihninde bir şelale düşünmeye teşvik etmiştir. Dört seans ve birkaç in vivo ödev uygulaması sonrasında olgu, halka açık tuvaletlerde işemekle ilgili daha fazla zorluk çekmediğini bildirmiştir. Seif, tehdit edici olmayan ve rahat bir terapötik ortamın, olgunun iyileşmesinden önemli ölçüde sorumlu olduğunu sonucuna varmıştır.

Stams, Martin ve Tan (1982), 8 yaşında UMS'li bir çocuk olguyu tanımlamışlardır. Terapistler danışmanlık yoluyla çocuğun, duygusal yoksunluğa ve eleştirel bir geçmişe sahip olduğunu keşfetmişlerdir. Ayrıca, çocuk daha önce diğer bazı çocuklar tarafından alay

edilirken, bisiklet üzerinde penisini yaralamıştır. Terapistler, çocuğun daha önceki penis yaralanması nedeniyle ağırlı idrar yapma korkusunun bir sonucu olarak UMS geliştirdiğini tahmin etmişlerdir. İlaç tedavisi ve uyarılmış motivasyonun bir bileşimini (örneğin, başarılı işeme için çocuğa para teklif etmek) sonucunda, çocuğun idrar retansiyonu sorunu ortadan kaldırılmıştır.

Jacob ve Moore (1984), çeşitli davranış bozukluklarını tedavi etmek için paradoksal müdahale yöntemlerini kullanmanın değerini tartışmıştır. Yazarlar, Ascher'in (1979) bu alandaki çalışmasına atıfta bulunarak şunları açıklamışlardır: "İşeme ve dışkılama eylemleri, doğrudan istemli kontrol altında olan davranışlar (örneğin, dış sfinkterlerin gevşetilmesi) ile özerk sinir sistemi kontrolü altında olan davranışlar (örneğin, iç sfinkterlerin gevşetilmesi, mesane detrusor kasının kasılması, kolon ve rektum düz kasının kasılması) arasında karmaşık bir etkileşimi kapsamaktadır. Çok fazla çaba göstermek, tam tersine, başarılı dışkılama veya işemeye yol açan davranış zincirinin bozulmasına neden olabilir. Olgular bu konuda kendilerini çok fazla zorlarsa, durum daha da kötüye gidebilir ve paradoksal müdahalelerin uygulanması kaçınılmaz duruma gelecektir, gittikçe şiddetlenen bir döngü ile karşı karşıya kalınmasına neden olunur" (208).

Thyer ve Curtis (1984), üstüne gitme teknikleri ile UMS'yi tedavi ederken, idrar yapma süresinin ve bir danışanın halka açık tuvaletlerde başarılı bir şekilde işeme eylemi sayısının iki önemli unsuru olduğunu öne sürmüşlerdir. Acil idrar yapma sayısını artırmak için terapistler, olgulara her terapi seansının başlamasından bir saat önce furosemid uygulamıştır. Bu yöntem, saatte birkaç işemenin gerçekleştirilmesini sağlamış ve böylece in vivo tekniklerinin uygulanmasını kolaylaştırmıştır. Ne yazık ki, bu terapistler danışanları veya terapi yöntemleri hakkında daha fazla ayrıntı vermemişlerdir.

Malouff ve Lanyon (1985), genel popülasyonda parürezis üzerine yaptıkları çalışmada üç tür idrar retansiyonu tanımlamıştır: Anlık idrar tutukluklarını içeren sosyal inhibisyon, başkalarının yanında idrar yapamama ve buna bağlı kaçınan davranışları içeren sosyal inhibisyon ve sosyal kaygılarla ilgili olmayan akut idrar retansiyonu. Malouff ve Lanyon, 381 erkek üniversite öğrencisine çeşitli ölçekler içeren bir anket uygulamışlardır. UMS'nin yaygınlığını (prevalans) belirlemek için "kaçınma" ölçeğini kullanmışlardır. Katılımcılar kampus tuvaletlerinden, barlardan, halka açık etkinliklerden ve seyahatlerden ne sıklıkla kaçındıklarını bildirmişlerdir. Elde ettikleri bulgular, genel nüfusun yaklaşık yüzde 7'sinde "kaçınan parürezis" sorunu bulunduğunu göstermiştir.

Aynı yazarlar UMS hakkında daha fazla bilgi edinmek için "inhibisyon", "içe kapanma", "kişiler arası anksiyete", "performans anksiyetesi" ve "cinsel anksiyete" ölçeklerini de kullanmışlardır. Malouff ve Lanyon, UMS'yi tetiklemesi en olası sosyal öğelerin, tuvalette başkalarının varlığı ve fiziksel yakınlığı, görsel mahremiyetin olmaması ve başka birinin tuvaleti kullanmak üzere beklemesi gibi durumları içerdiğini belirtmişlerdir. Parürezisli kaçınan kişiler, ayrıca "kişiler arası kaygı" ve "performans kaygısını" ölçen çeşitli ölçeklerde daha yüksek puan almıştır.

Mozdzierz (1985) kronik idrar retansiyonu olan bir olguyu tedavi etmek için hipnoz yöntemini kullanmış, ancak ters niyetleme yöntemini de bu uygulamaya eklemiştir.

Kawabe ve Niiijima (1987), "nedeni bilinmeyen işeme güçlüğü" olan beş kadını tedavi etmek için bir alfa-1-bloker kullanmıştır. Yazarlar, prostat büyümesini tedavi etmek için de kullanılan alfa blokerlerin, hafif idrar zorluğu yaşayan olguları tedavi etmek için yararlı olabileceği sonucuna varmışlardır.

MacCaulay, Stern, Holmes ve Stanton (1987), bir üroloji kliniğinden hizmet almak isteyen 211 kadının ruhsal durumunu değerlendirmek amacıyla bazı anketler uygulamışlardır. Üriner sorunları olanlar anksiyete, fobi ve depresyon gibi psikiyatrik belirtiler gösterme eğilimindeydi. Yazarlar ayrıca, incelenen kadınların yaklaşık 4'te 1'inde, üriner belirtilerin onlar için "tahammül edilemez" bir yaşam durumu yarattığını belirlemişlerdir.

Zgourides (1987), parürezisle ilgili bugüne kadar olan literatürü gözden geçirmiş ve in vivo duyarsızlaştırma, ters niyetleme, rasyonel-duygusal ve davranışçı terapi ve bilişsel terapiler gibi teknikleri içeren çok boyutlu bir tedavi programının en azından bazı olgularda olasılıkla yararlı olacağını göstermiştir. Ayrıca Zgourides (1988), psikolojik üstüne gitme tekniklerine ek olarak betanekol klorür (işemeyi tetiklemek için) gibi parasempatomimetik bileşiklerin kullanılmasını önermiştir.

Bassi, Zattoni, Aragona, Dal Bianoc, Calabro ve Artibani (1988), psikojenik idrar retansiyonunun nadir bir olay olduğunu öne sürmüşlerdir. Altı olguyu değerlendiren yazarlar, fizyolojik tıkanıklığın olmadığı durumlarda, psişik travmanın işemenin başlamasını engellemede rol oynayabileceğini ve hatta oynadığını belirtmiş ve psikojenik idrar retansiyonu tanısı koymuşlardır.

Kitami, Masuda, Chiba ve Kumagai (1989), biri kadın diğeri erkek olmak üzere iki psikojenik idrar retansiyonu olgusu bildirmiştir. Detrusor sfinkter işlev bozukluğu olmadan, sistometri, her iki olgunun da "hipoaktif mesaneye" sahip olduğunu göstermiştir. Her iki olgu da, hem terapi hem de aralıklı kendi kendine kateterizasyon, diazepam ve bethanechol kombinasyonu ile tedavi edilmiştir.

Zgourides, Warren ve Englert (1990), biri erkek diğeri kadın iki UMS olgusunu tedavi ederken, in vivo terapiye ek olarak taşınabilir

bir radyo kulaklığı kullanmışlardır. Parürezisli her iki kişi de, birisinin onları işerken duyacağı düşüncesiyle aşırı derecede endişelenmişlerdir. Ayrı terapi seanslarında, her iki olgu da kulaklığı taktıklarında neredeyse hemen işemişlerdir. Bu durum, olguların işemeye başlamada her seferinde yaşadıkları belirgin gecikmelerin tam tersiydi.

Hatterer, Gorman, Fyer ve arkadaşları (1990), UMS'li dört erkeği seçici bir beta-bloker (atenolol) ve/veya bir MAO inhibitörü (fenelzin) ile tedavi etmişlerdir. Tüm olgular rahatsız edici yan etkiler yaşamış ve içlerinden sadece biri atenolol ile iyileşme bildirmiştir.

Zgourides ve Warren (1990), üretral sfinkterlerin kasılmasını azaltmak umuduyla parüretik bir erkeğe beta-bloker (propranolol) uygulamıştır. Uygulanan ilaç tedavisi üriner belirtileri azaltmamış olsa da, olgu diğer otonomik belirtilerde (örneğin, çarpıntı) bir azalma olduğunu bildirmiş ancak halka açık tuvaletleri kullandığı zamanlarda yaşadığı zorlukların daha da kötüleşmesine neden olmuştur.

Benzer şekilde, Zgourides (1991) parürezisi olan başka bir erkekte beta-bloker atenolol kullanmayı denemiştir. Sonuçlar esasen bir önceki olgu ile aynıydı; olgu üriner belirtilerinde hiçbir azalma olmadığını bildirmiştir.

McCracken ve Larkin (1991), 12 yaşından beri UMS'si olan 37 yaşındaki bir erkeği tedavi etmek için *in vivo* duyarsızlaştırma ve gevşeme eğitimini kullanmıştır. 23 seanslık tedavi süreci boyunca, aşamalı üstüne gitme terapisinin standart protokolü uygulanmış, ardından olgu uyuşturucu taraması için idrarını yapabilme becerisine olan güvenini ifade etmiştir.

Christmas, Noble, Watson ve Turner-Warwick (1991), psikojenik idrar retansiyonu sorunu olan genç bir erkeği tedavi etmek için

biofeedback yöntemini kullanmış ve uzun süreli davranışçı terapilerin bu sorun için en etkili girişim olduğu sonucuna varmıştır.

Nicolau, Toro ve Prado (1991), işlemek için her gün 12 saat harcayan ve durumu giderek kötüleşen 13 yaşındaki parüretik bir kızın tedavisini gerçekleştirmişlerdir. Yazarlar, kızın uyumsuz idrar yapma davranışlarını ve idrar yapma ile ilgili yoğun korkusunu azaltmak için bütünleştirici aile terapisi, bilişsel yeniden yapılandırma ve sistematik duyarsızlaştırmanın bir kombinasyonunu kullanmışlardır.

Markway, Carmin, Pollard ve Flynn (1992), UMS'si olan iki olgu tanımlamıştır. "Amy", kalabalık havaalanı tuvaletlerini kullanma düşüncesinin kendisinde kaygı oluşturduğunu, tuvaleti kullanmak için sırada bekleyen diğer kadınların "Niye bu kadar uzun sürüyor?" ve "Orada ne yapıyor olabilir?" tarzında düşündüklerine inandığını bildirmiştir. "Dave", hemen işyememe olasılığı nedeniyle kaygı duyduğunu belirtmiştir. O, "Ya diğer erkekler benim bir tür sapık olduğumu düşünürlerse?", "Bu kadar uzun sürdüğü için mastürbasyon yaptığımı düşünebilirler" ve "Ya eşcinsel olduğumu düşünürlerse?" tarzında düşüncelere bağlı kaygılarını belirtmiştir. Markway ve arkadaşları, bu kişiler ve parürezisi olan diğer kişiler için üstüne gitme teknikleri, gevşeme eğitimi ve bilişsel yeniden yapılandırmanın bir kombinasyonunu önermiştir.

Caffaratti, Perez-Rodriguez, Garat ve Farre (1993) küçük bir kız çocuğunda akut bir psikojenik idrar retansiyonu sorununu incelemişlerdir. Yazarlar, akut psikojenik idrar retansiyonunun, yetişkinlerde yaygın olmadığı, çocuklarda ise daha da az olduğu sonucuna varmışlardır.

Willimon (1994), USA Today dergisinin bir sayısında, Himle'nin haftada 6–10 saat süren seanslar gerektiren üstüne gitme yöntemi-

ni rapor etmiştir. Danışanlar, seanslara dolu bir mesane ile gelmişler ve giderek daha da kalabalıklaşan, halka açık “zor” tuvaletleri kullanmaya çalışmak üzere çeşitli genel tuvaletlerle yüzleşmişlerdir. Bu program, bilişsel yeniden yapılandırma ve genel tuvaletlerin kullanılmasına ilişkin aşamalı duyarsızlaştırma tekniğini içermektedir.

Bosio, Mazzucchelli ve Sandri (1996), bazı küçük çocukların psikojenik nedenlerle idrar retansiyonu yaşadığını açıklamıştır. Ayrıca, çocukluk çağı idrar sorunlarının ne kadar erken tedavi edilebilirse o kadar iyi olacağını önermişlerdir. Yazarlar hem idrar hem de dışkı retansiyonu olan ve çeşitli klinisyenler, psikologlar, öğretmenler, sosyal hizmet uzmanları ve eğitimcileri kapsayan bir dizi girişime beş yıl boyunca olumlu yanıt veren 3 yaşında bir erkek çocuğu tanımlamışlardır.

Zgourides (1996) temiz, aralıklı kendi kendine kateterizasyon aracılığıyla UMS’yi yönetmek için bir yöntem geliştirmiştir. Terapist bu prosedürü, idrar sorununu tedavi etmek için uzun süredir başarısız terapötik girişimleri olan parürezisli bir erkeğe önermiştir. Bir ürologla yapılan kapsamlı konsültasyonun ardından Zgourides ve olgu, taşınabilir bir “kateter paketi” oluşturduktan sonra, olgu acil idrar yapma ihtiyacı düzeyine ulaştığında, bu paketi kullanmıştır.

Bohn ve Sternbach (1997), parürezis konusunda bugüne kadar yayımlanmış araştırmaları kısaca vurgulamışlardır. Profesyonel literatürün, bozukluğun yaygınlığı ve etiyolojisi, kontrollü deneyler, farmakolojik girişimler ve psikolojik yöntemler gibi alanlarda eksik olduğunu belirtmişlerdir. Yazarların da belirttiği gibi, “parürezisin genel olarak psikiyatrik bozukluklarla ilişkisine ait mevcut bilgi eksikliği [ve] sosyal fobi ve diğer anksiyete bozuklukları olan kişilerde parürezis için ilaç tedavisi araştırması yapılması ihtiyacı” bulunmaktadır (42).

Men's Health dergisinin Ekim 1997 sayısının Malegrams bölümünde yer alan bir makalede, parürezisi olan erkeklerin aşağıdaki üç yöntemle gevşemeleri önerilmiştir. Yazar, bu kişilerden rahatlatıcı şeyler düşünmelerini ve akan bir musluk hayal etmelerini, işemeye başlamak için geçen süre hakkında endişelenmemelerini ve genel tuvaletlerde pisuvar yerine kabin kullanmalarını önermiştir.

Labbate (1997), parürezisli kişilerin idrarda uyuşturucu testi konusunu incelemiştir. Parürezisin doğası gereği ağır olgularda, uzun süre denedikten sonra bile işverenler, ordu ve diğer işverenler için istek üzerine idrar örneği vermek olanaksız olmaktadır. Labbate, “nadir bir olay olmasa da, parürezisin özellikle farmakolojik yollarla tedavi edilmesinin zor görüldüğü” sonucuna varmıştır (250).

Goodwin, Swinn ve Fowler (1998), idrar retansiyonu olan kadınları incelemiş ve nöromodülasyonu bir tedavi yöntemi olarak önermiştir. Bu yöntem, “perkütan sinir değerlendirme” kılavuzunun deri altına yerleştirilmesini kapsar ve bu da “muhteşem” sonuçlar verir (305).

Jaspers (1998), 16 yaşında parürezisli bir erkeğin bilişsel yeniden yapılandırma ve aşamalı in vivo üstüne gitme yöntemiyle başarılı bir şekilde tedavi edildiğini bildirmiştir. Yazar, UMS'nin tedavisinde çok boyutlu bir yaklaşım arzu edilirken, klinisyenlerin bozukluğun bilişsel bileşenlerine daha fazla dikkat etmeleri gerektiği sonucuna varmıştır. Jaspers, ayrıca UMS'yi tedavi etmek için ilaç kullanmanın, çok az umut vaat ettiğini belirtmiştir.

Kroll, Martynski ve Jankowski (1998), bir psikojenik idrar retansiyonu olgusunu tanımlamak için “tembel mesane sendromu” ifadesini kullanmıştır. Yazarlar, 14 yaşında bir kız çocuğunun, yirmi saat süren bir idrar retansiyonu atağı ile yerel bir hastaneye başvurduğunu yazmıştır. Tedavi, aralıklı kateterizasyon, alfa blokerler ve

psikotropik ilaçları içeriyordu. Yazarlar “tembel mesane sendromu” olgularında hem biyolojik hem de psikolojik etkenlerin gözönünde bulundurulması gerektiğini önermişlerdir

Van der Linden ve Venema (1998), akut idrar retansiyonunun oldukça nadir görüldüğünü ve her yıl, bin Hollanda vatandaşından sadece 0.07’sini etkilediğini açıklamışlardır. İdrar retansiyonunun en yaygın nedeni jinekolojik tümörler olmakla birlikte psikojenik etkenler de gözönünde bulundurulmalıdır. Yazarlar, psikojenik idrar retansiyonu tanısının ancak diğer tüm nedenler dışlandığında konulması gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Fukui, Nukui, Kontani, Nagata, Kurokawa, Katsuta, Sugimura, Okamoto ve Komatsu (1999), kadınlarda psikojenik alt üriner sistem enfeksiyonları üzerine daha geniş bir çalışmanın parçası olarak, psikojenik idrar retansiyonu olan 22 kişiyi incelemiştir. Psikolojik testler ve yapılan görüşmeler sonucunda, idrar yapma becerisini etkileyen bilinçaltı savunma düzeneklerinin ve bastırma düzeneklerinin varlığını tespit etmişlerdir. Yazarlar, psikojenik idrar retansiyonunun doğru tanısının çeşitli psikolojik, anatomik ve gelecekteki ürolojik testler gerektirdiği sonucuna varmışlardır.

Rosario, Chapple, Tophill ve Woo (2000), rutin ürodinamik test (yani, video sistometrografi) uygulamaları sırasında idrar yapamayan utangaç mesaneli 40 erkek olgu üzerinde çalışmıştır. Denekler ortalama 51,9 yaşında ve çeşitli ürolojik yakınmaları olan erkeklerdi. Taşınabilir elektronik kayıt aygıtları takıldıktan ve erkeklerin özel olarak idrar yapmalarına izin verildikten sonra, araştırmacılar utangaç mesane sendromunun, herhangi bir özgül ürolojik tanı ile ilişkili olmadığı sonucuna varmışlardır. Ayrıca kırk yaşın üzerindeki erkeklerin yüzde 20’sinde, operasyonun da yararlı olduğunu saptamışlardır.

İsrail’de parürezis üzerine yayımlanan ilk makale, Elitzur (2000)

tarafından yazılmıştır. Toplam 6 seansta, 3 erkek olgunun tedavisinde eklektik bir yaklaşım benimsemiştir. Kendisi, gevşeme eğitimi, rehberli imgeleme, ters niyetleme, gestalt terapi, metafor, psikodinamik psikoterapi ve BDT gibi çeşitli yöntemler kullanmıştır. En genç iki olgu (18 ve 25 yaşlarında) tam iyileşme bildirirken, 50 yaşındaki bir erkek olgu kısmi iyileşme bildirmiştir. Bu olgularla ilgili uzun süreli takip yapılmamıştır.

Soifer ve Ziprin (2000), önde gelen bir profesyonel dergide parürezis hakkında bilgi vermişlerdir. Bu, ruh sağlığı pratisyenlerini, bu sosyal kaygı bozukluğu hakkında eğitmeye çalışan bir akım başlattı. Watson ve Freeland (2000), utangaç mesaneyi tedavi etmek için “edimsel koşullanma” yönteminin kullanımı hakkında yazmışlardır. Bir kadın üzerinde yapılan başarılı olgu çalışmasında ekip, denegin etrafında başka insanlar varken daha rahat ve hızlı bir şekilde idrar yapmasına yardımcı olmaya çalışmışlardır. Ne yazık ki ilerlemenin devam edip etmediğini görmek için herhangi bir takip çalışması yapılmamıştır.

Kısmen Soifer ve Ziprin’e (2000) yanıt olarak Weil (2001), parürezisli kişilere yardımcı olmak için “nefes tutma tekniği” kullandığını yazmıştır. İlginç bir şekilde, Weil’in tekniği, hastaların rahatlaması için karbondioksit (CO₂) kullanan Wolpe’nin (1969) çalışmasına dayanmaktadır. Olgunun nefesini tutması için gereken süre değişiklik gösterse de, 10–45 saniye arasında bir sürenin işe yaradığı görülmüştür. Bu tedavi, 3 erkek olgunun 3’ünde de başarılı olmuştur.

Yine Soifer ve Ziprin’in makalesine cevap olarak Lindsley (2001), “alternatif bir üstüne gitme protokolü” önerisinde bulunmuş ve parürezisli bir kişinin idrarını yapamadığı için başkaları tarafından yargılanmaktan korkması halinde, idrar yapma dürtüsü olmaksızın bir pisuvarın başında durabileceğini ve bu duruma karşı duyarsızla-

şabileceğini belirtmiştir. Dahası yazar, eğer bir kişi idrarını yaparken çıkaracağı sesler nedeniyle korkuyorsa, bu kişiye, etrafta başkaları varken, idrarlarını yaptıkları sırada (hatta onun yerine suyu açmalarını) yavaş yavaş daha yüksek sesler çıkarmasını önermektedir. Çeşitli bilişsel stratejiler de önerilmiştir.

Soifer ve Ziprin'in makalesine bir başka yanıt olarak Ruben (2001), uyuşturucu kullanan kişilerin idrar testleriyle ilgili olarak parürezisin nedenleri hakkında ilginç noktaları gündeme getirmiş ve tartışmıştır (ancak yazarların bakış açısından, yararlı bir şekilde değil).

Bouman ve van der Boom (2001), parürezis hakkında Flemenkçe bir makale yazmışlardır. Kaynak taramasına ek olarak, soruna ilişkin bilişsel-davranışçı yöntemleri tartışmaya açmışlardır. Ayrıca, bu bozukluğun “sosyal anksiyete ve somatoform bozukluğun bir kombinasyonuna benzediğini” belirtmektedirler.

Vythilingum, Stein ve Soifer (2002), parürezisli kişilerde, bu bozukluğun bir tür sosyal anksiyete bozukluğu olup olmadığını araştırmışlardır. Bu, Uluslararası Parürezis Birliği'nin (IPA) kendi seçtikleri “üyeleri” ile yapılan ilk çalışmaydı. Dolayısıyla, örneklem sınırlı olsa da, ilk kez 63 kişiden (59 erkek, 4 kadın) bilgi alınmıştır. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS) kullanılarak elde edilen veriler, bozukluğun örneklemin yaklaşık yarısını önemli ölçüde etkilediğini göstermiştir. Parürezis ile diğer ruh sağlığı sorunları, özellikle de sosyal anksiyete bozukluğu, depresyon ve diğer performans sorunları arasında bir ilişki bulunmuştur. Öte yandan, ankete katılanların yüzde 50'sinde parürezis ile ilişkili başka hiçbir belirti görülmemiştir.

Ginandes (2002), genç bir profesyonel erkeği tedavi etmek için kısaca “stratejik terapi” (analitik, ego durumu, zihin/beden, holog-

rafik, hipno-davranışçı) olarak adlandırdığı yöntemle parürezis tedavisine ilişkin bir olgu çalışması sunmuştur. Bu çeşitli teknikler, parürezisin “iyileşmesini” sağlamış ancak bu süre iki yıl devam etmiştir.

Rogers (2003), iyi huylu prostat büyümesi de (BPH) olan bir erkekte bilişsel-davranışçı terapi (BDT) yöntemini uyguladığını bildirmiştir. BPH, 50 yaşın üzerindeki birçok erkekte yaygın olduğundan, bu önemli bir olgu çalışmasıydı. Sonuçlar, bu tıbbi durum söz konusu olduğunda ve parürezisi karmaşık duruma getirdiğinde bile BDT’nin etkili bir tedavi olduğunu göstermiştir.

Wyndaele (2003), Hollanda’da yayımlanan bir dergide bu durumu, tanısını ve tedavisini anlatan bir makale yazmış ve genel tuvaletlerin daha iyi tasarlanmasıyla önlenmesinin mümkün olduğunu belirtmiştir.

Hammelstein (2003), bir Alman psikoloji dergisi için parürezis üzerine genel bir yazı yazmıştır. Hammelstein ve Soifer (2006), bu bozukluğun gerçekten bir sosyal fobi olup olmadığını sorgulayan, tartışmaya oldukça açık bir yazı kaleme almışlardır. Bu makalede yazarlar, 82’si kadın olmak üzere 226 Alman’dan oluşan bir örneklem grubunu incelemiştir. Örneklemen sınırlılıklarına rağmen, parürezisli kişiler farklı özelliklere sahipti. En önemlisi, parürezisi olan kişilerin yüzde 75’i sosyal kaygı bozukluğu ölçütlerini karşılamıyordu ve sosyal kaygı bozukluğu olanların yüzde 75’inde parürezis yoktu. Dolayısıyla bu çalışma, parürezis ve sosyal fobinin farklı gibi görüldüğünü ve parürezisin gerçekten de sosyal kaygı bozukluğunun bir alt türü olup olmadığı sorusunu gündeme getirmiştir. Parürezis, bu çalışmaya dayanarak en iyi şekilde “işlevsel bir işeme bozukluğu” olarak tanımlanabilir.

Yoshimura ve Chancellor (2004), utangaç mesaneyi yeni bir bağlama oturtan çığır açıcı bir makale yazmışlardır. “Nörojenik olmayan detrusor-sfinkter uyumsuzluğuna bağlı işlevsel idrar retansiyonu” olarak adlandırdıkları bu durumu “pelvik taban dış sfinkterinde işlevsel bir tıkanıklık” olarak görmüşler; kişinin zaman içinde “dış sfinkteri gevşetme” becerisinin olmamasının önemli fiziksel sorunlara neden olabileceğini ve bunu tedavi etmenin iki olası seçeneğinin, betanekol klorür kullanımı ve hatta daha yenilikçi bir yöntem olan “spastik pelvik tabana... üretral botulinum toksin [Botox] enjeksiyonları” olduğunu belirtmişlerdir.”

Bilanakis (2006), Yunanistan’da üç olgu üzerinde “psikojenik idrar retansiyonu” adını verdiği bir olgu çalışması yapmıştır. Parürezisin düzeneğini açıklamaya çalışmış ve “saptanabilir herhangi bir organik rahatsızlığın olmadığı durumlarda idrar retansiyonunun, mesane sfinkter ünitesini duyuşsal ve motor sinir yolları gibi daha yukarıda bulunan merkezler ve korteksle ilişkilendiren bağlantılardan bağımsız olarak gerçekleşemeyeceğini” belirtmiştir (s. 260). Tedavi seçenekleri arasında aralıklı kateterizasyon ve muhtemelen diazepam tedavisini (valium) önermiştir.

Birleşik Krallık Parürezis Vakfı’nın başkanı olan Smith (2006), Birleşik Krallık’ta yayımlanan bir bakım hizmetleri dergisinde parürezis ve insanların bu sorun ile nasıl başa çıkabileceği üzerine bir yazı kaleme almıştır. Bu genel bilgilendirme yazısında, bu sorunu, İngiltere’deki yaygınlığını, tedavisinde bilişsel-davranışçı terapinin kullanımını ve insanların bu sosyal fobinin üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için İngiltere’de yürüttüğü atölye çalışmalarını tartışmıştır.

Burgess (2007) bağımsız bir şekilde, “Utangaç Mesane Sendromu Anketi” geliştirerek bir hizmet sunmuştur. Bu anket çok ayrıntılıdır.

tıdır ve utangaç mesane atölye çalışmaları için uyarlanması yararlı olabilir. Bu anket, bir sosyal kaygı ölçeği de içermektedir.

Birleşik Krallık'tan Gardner (2007), bu sorunu daha çok bilişsel bir bakış açısından ele almakta, özellikle de insanların "özdeşim kurma, uyum sağlama ve beklenti" çerçevesine ilişkin algılarından bahsetmektedir. İlginç bir şekilde, en etkili tedavi yaklaşımının, bilişsel-davranışçı yaklaşımların birlikte kullanılması olduğunu ifade etmiştir.

Loriente (2007), bir üroloji dergisi için İspanyolca olarak bilinen ilk parürezis makalesini yazmıştır. Parürezise, "disiplinler arası bir yaklaşım" üzerine odaklanmaktadır. Makale, parürezisli kişilerin günlük rutinini neredeyse varoluşsal bir bakış açısıyla anlatmaktadır ve utangaç mesanesi olan kişiler için en büyük sorunun, gizlenme olduğu görüşündedir. Ayrıca, özellikle İspanya'daki insanlar için bu anksiyete bozukluğuna yönelik destek gruplarının stratejisini de tartışmaktadır.

Strahler ve Elbe (2007), Almanca yayımlanan bir makalede, elit sporcuların doping kontrol testlerinin sporcular için sorun yaratıp yaratmadığını incelemiştir. Alman doping kontrol personeli ile yapılan görüşmelerde, otuz yedi denekten otuz altısı, sporcuların yaklaşık yüzde 42'sinin bazı sorunlar yaşadığını ve sporcuların yaklaşık 1/3'nün "psikolojik sorunlar" nedeniyle sorun yaşadıklarını belirtmiştir.

Boschen (2008), BDT ile parürezis tedavisi için model ve repertuarı gerçekten genişleten muhteşem bir makale yazmıştır. Bu makalede, utangaç mesanenin anlaşılması için diğer kaygı bozukluklarına ilişkin en son anlayıştan alınan "gözden geçirilmiş bilişsel ve davranışçı bir model" sunmaktadır. Bu, parürezisin tedavi edilmesine yönelik özgül tekniklerin gelişmesine yol açmıştır. Bu makale-

nin en önemli katkısı, parürezisin anlaşılması ve tedavi sürecine BDT ile daha fazla bilişsel kuram ve tekniğin eklenmesidir. Genel tuvaletlerin kullanılmasında yaşanan başarısızlık ya da elde edilen başarının, kişinin dikkatini daha fazla üzerine çekmesine neden olan “işeme çifte bağı” önemli bir noktaydı. Ayrıca Boschen, “işeme öz yeterliliği” düşüncelerini, (yani kişinin genel tuvalette ne yapmayı beklediğinin, kişinin eylemden önceki performans kaygısı düzeyini etkileyebildiği) belirlemiştir. Boschen, daha sonra tüm bunları biraraya getirerek, utangaç mesaneyi anlamak için üzerinde çalışmaya değer aydınlatıcı bir “görsel formülasyon modeli” sunmuştur.

Soifer ve arkadaşları (2009), üroloji kaynaklarını incelemiş ve ürolojik olarak tanımlanmış 36 farklı bozukluğun parürezis ile eş anlamlı olabileceği sonucuna varmıştır. Ürolojik kaynaklarda en yaygın olarak tanımlanan terimler, “psikojenik idrar retansiyonu” ve “nörojenik olmayan nörojenik mesane” olmuştur. Şaşırtıcı bir şekilde, parürezis veya utangaç mesane terimleri üroloji kaynaklarında hiç kullanılmamıştır. Yazarlar, bu bozukluğu tanımlamak için tutarlı bir terim kullanılmasını önermektedir.

Turley (2009), Düzenlenmiş Amerikan Engelliler Yasası’nın etkisi ve bu yasanın; bir işverenin, parürezis iddiasında bulunan bir işçiye makul bir düzenleme yapmak zorunda kalıp kalmayacağı hakkında bir rapor hazırlamıştır. Bu konuyu birkaç avukata danışmış ve şimdiye kadar herhangi bir test davası olmadığı için birçok farklı görüş ortaya çıkmıştır. Bugüne kadar konuyla ilgili kesin bir yasal düzenleme bulunmamaktadır.

Soifer, Himle ve Walsh (2010), Uluslararası Parürezis Birliği’nin Utangaç Mesane Merkezi tarafından desteklenen haftasonu atölye çalışmalarına katılan 100’ün üzerinde danışanla aşamalı üstüne gitme terapisi uygulamasının sonuçlarını sunmuşlardır. Sonuçlar cesaret vericiydi: birçok katılımcının utangaç mesane belirtilerinde te-

davi sonrası ve bir yıllık takipte önemli ölçüde iyileşme görüldü. Bununla birlikte, bu kontrollü bir çalışma olmadığından, bu bozukluk için BDT kullanımının tedavi etkinliğine ilişkin yalnızca düşündürücü kanıtlar sağlamıştır.

Wan ve arkadaşları da (2010), Tayvan’da “psikojenik idrar retansiyonundan” yakınan 6 yaşında bir kız çocuğuyla yapılan bir olgu çalışmasını rapor etmiştir. Bu olgu, ayrıca idrar yolu enfeksiyonu da geçirmiştir. Yazarlar, böyle bir tanının çocuklarda nadir olduğunu iddia etmektedir. Tedavi, “aralıklı kateterizasyon, mesane eğitimi, psikoterapi ve antikolinerjik tedaviyi” içermektedir (s. 301).

Barros (2011), Brezilya’da yayımlanan bir dergide, 23 yaşındaki bir erkek olgu ile yapmış olduğu çalışmasını rapor etmiş ve danışanın, Paxil (SSRI grubundan bir ilaç) kullanımına ek olarak kolaylaştırılmış BDT yaklaşımıyla tedavi edilmesi sonucunda işlevselliğinde iyileşme olduğunu belirtmiştir. Bu yaklaşım, danışanın işlevselliğinde bir iyileşmeye yol açmıştır.

Ginzburg ve arkadaşları (2011), bir Alman dergisi için “Parürezis Tedavisinde Bilişsel Terapi Kullanımı” olarak çevrilen bir makale yazmışlardır. Makalenin İngilizce özetinde yazarlar, 1990’larda iki Amerikalı, D.M Clark ve A. Wells tarafından geliştirilen Utangaç Mesane Sendromu’nun tedavisine yönelik bilişsel bir yaklaşımı sundu ve 19 yaşındaki bir çocuğun başarılı tedavi öyküsüne ilişkin bir olgu çalışmasına yer verdi.

Langan (2011), Amerikan Engelliler Yasası ve Değişiklik Yasası’nın (ADAAA) işyerlerinde uygulanan uyuşturucu testleri üzerindeki etkisini tartışmaya açmıştır. Makalede, bir avukat olan yazar, yeni düzenlemenin (ADAAA’nın), parürezisli kişiler için “engellilik” tanımını karşılamasını kolaylaştırması gerektiğini belirtmiştir. Makalede, Eşit İstihdam Fırsatı Komisyonu tarafından parürezis ile

ilgili olarak yayımlanan resmî olmayan görüş mektubuna da atıfta bulunulmuştur.

Abrefa-Gyan, Barrett ve Soifer (2012), internetin Uluslararası Parürezis Birliği gibi kuruluşların büyümesini ve gelişmesini nasıl kolaylaştırdığını araştıran bir makale yazmışlardır. Özellikle, dünyanın dört bir yanından parürezis “gizli fobisinden” yakınan insanların, internetin ortaya çıkışından önce asla mümkün olmayacak bir şekilde anonim olarak çevrimiçi bağlantı kurabildiklerini gözlemlemişlerdir.

Blumenthal (2012), Alman dergisindeki bir makalenin İngilizce özetinde, “kronikleşmiş parürezis” olarak adlandırdığı 34 yaşındaki bir erkeğin tedavisinden bahsetmektedir. 32 saatlik tedavi boyunca belirtilmemiş BDT teknikleri uygulanan danışanın belirtilerinin, “iyileşmiş” görüldüğü noktaya kadar iyileştiği ve benlik algılarının belirgin bir şekilde daha iyiye doğru değiştiği belirtilmiştir.

Watson ve Davidson (2012), parürezis ve parkoprezis hakkında oldukça kapsamlı bir gözden geçirme sunmuşlardır. Bu gözden geçirme yazısında, “tuvalet fobilerinin” hem etiyolojisini hem de tedavisini tartışmışlardır. Gözden geçirme yazısının, Gale Ruh Sağlığı Ansiklopedisi’nde yer alması oldukça dikkat çekicidir.

Deacon ve arkadaşları (2012), çok ihtiyaç duyulan ve geçerliliği yüksek bir Utangaç Mesane Ölçeği geliştirerek parürezis araştırmaları alanına önemli bir katkıda bulunmuştur. On dokuz maddelik bu ölçek, bir kişinin gerçekten parürezis olgusu olup olmadığını belirlemek için alanda bir standart durumuna gelebilir. Ölçek içsel olarak oldukça tutarlıdır; kişinin toplum içinde idrar yapma zorluğunu, kaygı düzeylerini ve olumsuz benlik değerlendirme düzeyini doğru bir şekilde değerlendirmiştir.

Elbe ve arkadaşları (2012), sporcuların yaklaşık 3'te 1'inin, doping testine tâbi tutulduklarında sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Bazı olgularda, testler sporcular için o kadar travmatik olmuştur ki, atletik kariyerlerinin sona ermesine neden olmuştur. Elbe ve diğer araştırmacılar, elit sporcular için idrar örneği vermenin ne kadar travmatik olduğunu değerlendirmek üzere, bir Psikojenik İdrar Retansiyonu Ölçeği geliştirmişlerdir. Şaşırtıcı bir şekilde, 222 sporcunun yüzde 60'ından fazlasında parürezis bildirilmiştir. Böyle bir olayın bir sporcunun yaşamı üzerinde yaratabileceği olumsuz etkiler nedeniyle yazarlar, doping kontrol topluluğu arasında, parürezisin doping testleri üzerindeki olumsuz etkisi ve/veya etkileme olasılığı konusunda farkındalık yaratılması çağrısında bulunmuşlardır.

Elbe ve Overbye (2013), yasadışı uyuşturucu kullanımına yönelik yapılan idrar testlerinin, dünyanın dört bir yanındaki elit sporcular üzerindeki etkisini tartışmıştır. Bu sporcular için doping kontrolü, “görevlilerin sporcuları tuvalet kabinine kadar takip etmesi ve doğrudan sporcuların cinsel organlarına bakarak tüm süreci ayrıntılı bir şekilde gözlemlemesi gereken” gizliliği fazlasıyla ihlal eden bir süreçtir (s. 229). Şaşırtıcı bir şekilde, yazarlar 400 Danimarkalı sporcudan oluşan bir örneklem grubunun neredeyse 3'te 2'sinde “psikojenik idrar retansiyonu” olduğunu ve örneklemin neredeyse 3'te 1'inin parürezis belirtileri gösterdiğini bildirmektedir. (Yazarlara göre iki durum arasındaki belirgin fark, sporcunun test sırasında stres yaşamayıp yaşamadığıdır).

Prunas (2013), klinik olarak tanımlanmış parürezisi olan 65 kişiyle İtalya'da çevrimiçi bir anket gerçekleştirmiş ve anket sonucunda şu bulgulara ulaşmıştır. Katılımcıların çoğu (neredeyse % 90) erkektir ve yaş ortalaması 28'dir. Ayrıca anket, parürezis ne kadar şiddetli olursa, katılımcıya yaygın tip sosyal fobi tanısı konma olasılığının da o kadar yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Allison (2014) standart bilişsel-davranışçı yöntemler kullanarak bir erkek danışanın tedavisini bildirmiştir. Ayrıca bu süreçte stres azaltma yöntemleri de kullanmıştır. Tedavi, orta derecede başarılı olmuştur.

Elbe ve Brand (2014), elit sporcular arasında doping testlerini inceleyen bir makale daha yayımlamıştır. Yazarlar burada, iki anket kullanarak, yaklaşık 200 sporcuya anket yapmışlardır. Yine, sporcuların yaklaşık 3'te 2'si doping testleri sırasında idrar örneği veremekte zorlanmıştır. Ancak yazarlar, şaşırtıcı bir sonuca ulaşmışlardır: Testlerin uygulanmasına en istekli olan sporcular, testler sırasında en çok zorlananlar olmuştur. Yazarlar, parürezisten yakınan sporcular için BDT terapisinin, sporcuların testleri rahatça yapabilmele-ri için zamanında işe yarayıp yaramayacağını sorgulamışlardır.

Frias ve arkadaşları (2014), farklı bir bozukluk olan sık idrara çıkma ve aynı zamanda agorafobik belirtiler gösteren iki İspanyol danışanla ilgili bir makale yazmışlardır. Bu durumu parürezisten açıkça ayırmışlar ve bu iki bozukluğa yönelik tedavi yaklaşımlarındaki benzerlik ve farklılıkları tartışmışlardır.

McGraw ve arkadaşları (2014), ruh sağlığı uzmanları için parürezis ile ilgili mevcut kaynaklara, tanı ölçeklerine ve bu bozukluğa yönelik tedavi yaklaşımlarına genel bir gözden geçirme sunmuşlardır. Makale yeni bir bilgi sunmamakla birlikte, uzmanların danışanlarının, utangaç mesane sendromundan yakınıp yakınmadıklarının belirlemelerine yardımcı olacak birkaç yararlı olgu örneği sunmuştur.

İki Portekizli araştırmacı, Oliveira ve Soares (2014), görünüşte “öyküsel psikoterapi” yaklaşımının kullanıldığı ancak gerçekte BDT'nin başka bir formatının (psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, dikkat eğitimi ve pekiştirme yönetimleri) kullanıldığı

genç bir erkek olgunun tedavisini anlatan çevrimiçi bir makale yayımlamışlardır. Danışan, makale yazıldığında tedavi görüyordu ve kısmen de olsa kendi kendine anlatımını veya kendi kendine konuşmasını değiştirerek iyileşmeyi gerçekleştiriyordu.

Danimarkalı iki yazar olan Elbe ve Overbye (2015), elit sporcuların Dünya Doping Mücadele Ajansı (WADA) tarafından yapılan idrar doping testleri sırasında yaşadıkları deneyimlerle ilgili 2012 yılında makalelerinin devamı niteliğinde bir makale kaleme almıştır. Sporcuların yaklaşık 3’te 1’i, bir doping kontrol görevlisi (DKG) tarafından doğrudan gözlem yoluyla test edilirken endişeler ve/veya zorluklar yaşamıştır. Yazarlar, WADA için bir reform niteliğinde olan, “idrara işaretleyicisi” kullanan yeni bir teknolojiyi benimsemelerini önermiştir. Bu teknoloji, sporcunun bir işaretleyici yutmasına ve otuz dakika sonra gözlem dışı bir numune vermesine olanak tanımaktadır.

Wells (2015), Gale Tıp Ansiklopedisi’nde (The Gale Encyclopedia of Medicine) parürezisi tanımlayan ve betimleyen bir giriş yapmıştır. Steadman’ın Tıp Sözlüğü’nde parürezis için çok daha önce bir giriş olduğu ve Uluslararası Parürezis Birliği’nin “parürezis” sözcüğünün Oxford sözlüğüne girmesi için yıllarca çalıştığı belirtilmelidir.

Kübalı bir psikiyatrist olan Fonseca (2015), bir dergi makalesinde parürezis sorunu ile başvuran 36 yaşında bir erkek danışanı olduğunu bildirmiştir. Bu olgu, tüm pratik uygulaması boyunca böyle bir sorun ile kendisine başvuran ilk danışandır. Olgu, eşinin yardımı ile genel tuvaletleri kullanarak ve in vivo üstüne gitme yöntemi uygulanarak tedavi edilmiştir. Olguya altı aylık bir tedavi uygulanmış ve bir yıllık tedavinin ardından, yakınında başkaları varken topluma açık tuvaletlerde idrar yapma becerisinde büyük ilerleme kaydettiğini bildirmiştir.

Hambrook ve arkadaşları (2016), bir İngiliz dergisinde “formülasyon odaklı BDT” yöntemi uygulanan bir olgu çalışması yayınlamışlardır. Erkek danışan 12 seans boyunca tedavi edilmiş (parürezisli biri için ortalama terapi süresi) ve kaygı düzeylerinin tedaviden sonra ve bir aylık takipte daha düşük olduğu belirlenmiştir. Danışan, ayrıca terapistinin uyguladığı tedavinin yararlı olduğunu bildirmiştir.

Hoeritzauer ve arkadaşları (2016), işeme ile bağlantılı “fonksiyonel nörolojik bozukluklar” üzerine bir bölümde; parürezisi, psikojenik idrar retansiyonu, Fowler sendromu ve disfonksiyonel işemeden ayrı bir bozukluk olarak tartışmaktadır. Daha da önemlisi, yazarlar bu üriner bozuklukların, Alt Üriner Sistem (AÜS) bozukluklarının bir alt kategorisi olduğunu ve doğası gereği yapısal değil işlevsel olduğunu belirtmektedir. Yazarlar ayrıca bu bozukluklarda “beyin-mesane” bağlantısına genel bir bakış açısı sunmakta ve olgularda parürezisin nasıl gelişebileceğini tartışmaktadır.

Knowles ve Skues (2016), parürezis ve parkoprezis için geçerli bir ölçek daha geliştirmişlerdir. Utangaç Mesane ve Bağırsak Ölçeği (Shy Bladder and Bowel Scale) olarak adlandırılan bu ölçek ve alt ölçekler için geçerli varsayımları olan Avustralyalı araştırmacılar, parürezisli kişileri bu tür bir sorunu olmayanlardan ayırt edebilmiş; hem utangaç mesane hem de sosyal kaygıya sahip kişilerin hayatta en kötü zorlukları yaşadığını belirlemiş ve kadınların, bağırsakla ilgili sorunlardan erkeklerden daha fazla yakınma eğiliminde olduğunu tespit etmişlerdir.

Güney Kore’den Park ve arkadaşları da (2016), “tetikleyicilerin ve dürtülerin duyarsızlaştırılmasını ve yeniden işlenmesini” (DETUR) kullanan bir olgu çalışması rapor etmişlerdir. Yazarlar, bu yöntemin “Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)” bir bağımlılık protokolü olduğunu belirtmişlerdir. Er-

kek danışana, 1'er saatlik toplamda 8 seanstan oluşan bir terapi uygulanmıştır ve tedavi sürecinin sonunda, danışanın genel tuvaletleri kullanma ile ilgili hiçbir korkusu kalmamıştır. Buna ek olarak, danışanın daha önceki ilaç tedavilerinde ve BDT terapisi uygulamalarında başarı elde edilememiştir. İlginç bir şekilde, yazarlar bildikleri kadarıyla, bunun DeTUR'un herhangi bir kaygı bozukluğunu tedavi etmek için kullanıldığına ilişkin ilk rapor olduğunu bildirmişlerdir.

Bir dizi makalenin ilkinde, Kuoch ve arkadaşları (2017a) parürezis ve bu konuyla ilgili tüm kaynakları sistematik olarak gözden geçirmiş ve parürezisle ilgili olduğu varsayılan 1.418 makaleden yalnızca 10'unun, sordukları araştırma sorularına dayalı olarak sıkı inceleme gereksinimlerini karşılamıştır. Hem parürezisin belirlenmesi ile ilgili sorunlar hem de bozukluğun yaygınlık oranları, gözden geçirilmede sunulmuştur.

Başka bir makalede Kuoch ve arkadaşları (2019a), iki sosyal kaygı bozukluğunun altında yatan bazı sosyo-bilişsel süreçleri incelemek için Boschen (2008, yine Avustralya'dan) tarafından yapılan çalışmayı kısmen genişletmişlerdir. Olumsuz değerlendirilme korkusu ve işlevsel olmayan tutumların belirgin bir şekilde parürezisin (ve parkoprezisin) altta yatan unsurları olduklarını ve bunlarla ilişkili olduğunu bulmuşlardır.

Kuoch ve arkadaşları (2019b) yine hem parürezis hem de parkoprezisin altında yatan sosyo-bilişsel değişkenleri incelemişlerdir. Bu çalışmada, yapısal eşitlik modellemesi (YEM) kullanan yazarlar, insanların rahatsızlıklarına ilişkin inançlarının altında (önceki makalede olduğu gibi) yalnızca işlevsiz tutumlar ve olumsuz değerlendirilme korkusu değil, aynı zamanda olumlu eleştiriye de maruz kalma korkusu ve sosyal karşılıklılık endişelerinin de yattığı sonucuna varmışlardır. Yazarlar buradan hareketle, genel olarak sosyal

kaygı bozukluğunu anlamanın bir parçası olan “genişletilmiş korku tarama ve değerlendirme modelinin” bu iki sosyal fobinin temelini oluşturduğunu belirtmişlerdir.

Bir başka makalede, Kuoch ve arkadaşları (2019c) güvenilir bir utangaç mesane ve utangaç bağırsak ölçeği geliştirmişlerdir. Ayrıca, her iki duruma da sahip olan kişilerin, (inkontinans kaygısının yanı sıra) önceki makalede açıklandığı gibi altta yatan sosyo-bilişsel değişkenlerde daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermişlerdir.

Son olarak, Kuoch ve arkadaşları (2019d) son makalelerinde, tıp pratisyenlerine yönelik klinik bir yazı yazmışlar, parürezis ile ilgili bilgi sahibi olmayanlar için, bu bozukluğun tanımı, tanındaki zorlukları kaleme almışlar ve hem parürezis hem de parkoprezis için çeşitli tedavi seçeneği önerilerinde bulunmuşlardır.

Son Yorumlar

Yukarıdaki olgu örneklerinden de kolayca anlaşılacağı üzere, psikoterapistler UMS’yi tedavi etmek için birçok teknik kullanmışlardır. Yine de hiçbir tekniğin evrensel olarak etkili olduğu kanıtlanmamıştır. Bu nedenle, etiyolojiler ve etkilenme derecesi bireyler arasında çok fazla farklılık gösterdiğinden, parürezis tedavisine çok boyutlu bir yaklaşım en mantıklısı gibi görünmektedir.

UMS için tüm tedaviler içinde en iyisi nedir? Yazarlar, kaynaklara, olgu örneklerine ve klinik deneyimlere dayanarak, UMS’si olan olgular için başarıyı en üst düzeye çıkarmak üzere bireyselleştirilmiş bir yaklaşımın gerekli olduğuna inanmaktadır. Konuşma terapisi, aşamalı üstüne gitme ve duyarsızlaştırma terapisi ve (uygun olduğunda) ilaç tedavisini içeren çok boyutlu bir yaklaşım, en etkili tedavi yöntemlerini birleştirir ve danışanın, bu sosyal fobinin üstesinden gelmesi için en büyük fırsatı sağlar.

EK-B Literatür Taraması: Tezler ve Kitaplar

Parürezis üzerine P990'dan bu yana ortalama her on yılda bir olmak üzere çeşitli tezler yazılmıştır. Gay (P990), mahkumlarda parürezis ya da o zamanki adıyla “psikojenik idrar retansiyonu” için bir tedavi yöntemi olarak in vivo üstüne gitme ile bilişsel yeniden yapılandırmanın karşılaştırılması hakkında yazmıştır.

Fu (1997, 2009 - yayın tarihi belli değil) İngilizceye kötü bir şekilde çevrilen ‘Does [The] Restroom Make You Unrested: A Triangulation Approach to Paruresis and Its Policy Implication’ başlıklı bir tez yazmıştır. Ne yazık ki, özetten Tayvan’da bu konuyu ele alan ve komorbidite ve başağrı yöntemlerini tartışan ilk araştırma yayını olduğunu kabul etmek dışında, tezin odak noktasının ne olduğu tam olarak anlaşılmıyor. Görünüşe göre Fu, utangaç mesane sendromu hakkında 16 üyesi olan bir Çin forumundan elde edilen verileri kullanmış ve daha 210 kişiyle çevrimiçi bir anket gerçekleştirmiştir. Kötü tuvalet tasarımı ve belirli kişilik tipleri, bu durumun etkenleri olarak kabul edilmiştir.

Furmark (2000), aslında genel olarak sosyal fobi üzerine bir tez yazmış, ancak parürezis üzerine epidemiyolojik verileri yararlı olmuş ve tarafımızca alıntılanmıştır. Kuoch (2019) tarafından yazılan sonuncusu, parürezis ve parkoprezis hakkında bir dizi dergi makalesi ve diğer malzemeden oluşmaktadır ve bunların bir kısmı Ek A’da yayımlanmış ve incelenmiştir.

Utangaç mesane konusundaki ilk gerçek el yazması McCullough (2000) tarafından yayımlanmıştır. ‘Free to Pee’ (İşemek Bedava), parürezis konusunda çığır açan bir incelemeydi ve iki önemli şey yaptı. Birincisi, McCullough birincil ve ikincil parürezis arasındaki ayrımı ortaya koymuştur. İkincisi, bu bozukluğu tedavi etmek için bilişsel-davranışçı bir yaklaşım benimsemiş olsa da, McCullough bu bozukluğu anlamaya bir miktar varoluşçu terapi ve Gestalt terapisi de dahil etmiştir. Bazıları için bu yaklaşım, oldukça yararlı olmuştur. Dr. McCullough’un 2000’li yılların ortalarında pankreas kanseri nedeniyle yaşamını yitirmesi büyük bir trajedidir.

Soifer ve arkadaşları (2001) ‘Shy Bladder Syndrome: Your Step-by-Step Guide to Overcoming Paruresis’ (Utangaç Mesane Sendromu: Parürezisin Üstesinden Gelmek için Adım Adım Rehberiniz) kitabını yazdığında, bu kitap parürezis veya Utangaç Mesane Sendromu konusundaki ilk ana akım kitaptı. Bu sosyal fobiye ilk kez geniş çapta dikkat çeken, çığır açıcı bir çalışmaydı.

Herrmann (2003), konuyla ilgili ilk “eğlenceli” makaleyi yazdı: “Bianca and the Bashful Bladder”. Bu küçük ve keyifli eser, bir çocuk kitabı gibi görünse de aslında öyle değil. Parürezis hakkında, konuyu hafif ve anlaşılır bir şekilde tanıtan, hiçbir şey bilmeyen biri için mükemmel bir hediyedir.

Typaldos (2004), bir dizi iyileşme öyküsünü ‘The Secret Phobia: Stories from The Private Lives of Paruretics, Written by People With Shy Bladder Syndrome’ adlı derleme bir çalışmada toplamıştır. Bu kitabın ortak yazarlarından biri olan Dr. Steven Soifer’in öyküsü de dahil olmak üzere, derlemede 15 farklı öykü bulunmaktadır. Hemen hemen her iyileşme tekniği ele alınmıştır ve hatta kitabın içerisinde bir tane de “İyileştim!” başlıklı bir öykü vardır. Bu kitap, başkalarının sadece parürezis ile nasıl başa çıktığını değil, aynı zamanda

onunla nasıl görece normal bir yaşam sürdürdüklerini bilmek isteyenler için mutlaka okunması gereken bir eserdir.

Kinneary (2005) *'The Good Lord Hates a Coward: An Account of Life as a Merchant Seaman'* adlı kitabı yazmıştır. Parürezisi olan herkes, Dr. Kinneary'ye borçludur. Çünkü kendisi parürezisi nedeniyle New York'ta bir römorkörün kaptanı olarak işten çıkarılmasına yasal olarak itiraz eden ilk kişidir. Kinneary jüri bir duruşmada 250 bin dolar kazanmasına rağmen, davası New York Eyaleti Temyiz Mahkemesi tarafından teknik bir nedenle bozuldu. Zaman, masraf ve Yüksek Mahkeme tarafından dinlenme olasılığı nedeniyle Dr. Kinneary davasını daha fazla sürdürmedi.

Kinneary'nin kitabı, Sahil Güvenlik tarafından kovulma sürecini, ardından New York Belediyesi ile olan mücadelesini ve adalet arayışında yasal sistemde yol almanın zorluklarını anlatıyor. İlginçtir ki, Dr. Kinneary aynı zamanda "Joseph K."dır ve birçok kişi onu Kafka'nın romanlarından birinin ana karakteri olarak tanıyacaktır.

Hammelstein (2005) parürezis üzerine ilk yabancı dil kitabını yazmıştır. Almanca kitabın adı *'Lass es laufen! Ein Leitfaden zur Überwindung der Paruresis'*, İngilizceye *'Let 'it Flow: A Guide to Overcoming Paruresis'* olara' çevrilmiştir.

Olmert (2008) *'Bathrooms Make Me Nervous: A Guidebook for Women with Urination Anxiety (Shy Bladder)'* adlı kitabı yazmıştır. Bayan Olmert, uzun süredir IPA yönetim kurulu üyesidir ve şu anda danışma kurulunda yer almaktadır. Halen kadınlar için utangaç mesane atölye çalışmalarına yardımcı olmaktadır. Olmert'in kitabı parürezisin üstesinden gelen kadınlar için tasarlanmış mükemmel bir rehberdir, ancak erkekler için de yararlı olabilir. Kitap, birçok yararlı bilgilendirici ipucu ile güzel bir şekilde resimlendirilmiştir.

Bir utangaç mesane kitabı olmasa da, Chalabi'nin (2008) Utangaç Bağırsak Sendromu üzerine yazdığı 'Shit Doesn't Happen: Lifting the lid on Shy Bowel' başlıklı kitabı, bu konuda bilinen ilk kitaptır. Bu fenomen hakkında çok az şey biliniyor olsa da Chalabi, bu kitap ve ona eşlik eden internet sitesi ile öncülük etmiştir. "Parkoprezis" olarak da bilinen (aynı zamanda IPA danışma kurulu üyesi olan Birleşik Krallık'tan Profesör Alex Gardner tarafından ortaya atılan bir terim) sosyal kaygı bozukluğu, parürezisten daha az bilinmekte ve araştırılmaktadır.

Soifer'in (2012), 'Shy BLadder Syndrome: An Update' Uta(ngaç Mesane Sendromu: Bir Güncelleme başlıklı monografisi, 2001 tarihli 'Utangaç Mesane Sendromu' kitabının bir güncellemesiydi. Özgün kitabın yazılmasının üzerinden on yıldan fazla bir süre geçmişti ve bazı yeni bilgiler sağlamak, kaynakçayı güncellemek ve bu süre içinde yazılmış makaleleri dahil etmek önemliydi. En önemlisi, Soifer utangaç mesane sendromunun sadece bir süreklilik bozukluğu (şu anda otizmde görüldüğü gibi) olduğunu değil, aynı zamanda gerçekten bir zihin-beden sorunu olduğunu, yani olasılıkla eşit derecede zihinsel-fiziksel bir sorun (veya en azından doğası gereği patofizyolojik) olduğunu öne sürdü. (IPA'nın kurucularından Carl Robbins, neredeyse kuruluşun başından beri bu noktayı savunuyordu).

Son olarak, 2017 yılında Soifer ve arkadaşları 'Gizli Sosyal Fobi'yi çevrimiçi olarak yayınladı. Bunun birkaç nedeni vardı. İlk olarak, Utangaç Mesane Sendromu'nun ilk yayıncısı, kitabın gözden geçirilmiş bir başkısını yayınlamadı. İkinci olarak, parürezis üzerine o kadar çok yeni makale yayımlanmıştı ki Soifer literatür taraması bölümünü güncellemek zorunda hissetti. Son olarak Soifer, Utangaç Mesane Sendromu: Bir Güncelleme'nin içeriğini yeni metine dahil etmeye karar verdi.

Son Yorumlar

Yukarıdaki olgu özetlerinden de kolayca anlaşılacağı üzere, psikoterapistler UMS'yi tedavi etmek için birçok teknik kullanmışlardır. Yine de, hiçbir tekniğin evrensel olarak etkili olduğu kanıtlanmamıştır. Bu nedenle, etiyolojiler ve etkilenme derecesi bireyler arasında çok fazla farklılık gösterdiğinden, parürezis tedavisine çok boyutlu bir yaklaşım, en mantıklısı gibi görünmektedir.

UMS için en iyi tedavi nedir? Yazarlar, literatüre, gözlemsel nitelikteki kanıtlara ve klinik deneyimlere dayanarak, UMS bulunan danışan için başarıyı en üst düzeye çıkarmak üzere bireyselleştirilmiş bir yaklaşımın gerekli olduğuna inanmaktadır. Konuşma terapisi, aşamalı üstüne gitme ve duyarsızlaştırma terapisi ve (uygun olduğunda) ilaç tedavisini içeren çok boyutlu bir yaklaşım, en etkili tedavileri birleştirir ve danışana, bu sosyal fobinin üstesinden gelmek için en büyük fırsatı sağlar.

Yukarıda bahsedilen kitapların çoğu ve diğer kaynaklar IPA mağazasında mevcuttur: <https://store.paruresis.org/>

Çağdaş kadın ve erkeklerin boşaltım sistemi sorunları ile ne şekilde başa çıkılmaya çalıştıkları, zaman içerisinde, uygarlıklar ve dinler arasında büyük farklılıklar göstermiştir. Bunun bir sorun gibi görünmesinin tek nedeni, sosyal varlıklar olmamız ve başkalarının bizim hakkımızda nasıl ve ne düşündüğü konusunda endişe duymamızdır. Gruplar halinde yaşam, bireyi grup içindeki konumunu korumak için bir dereceye kadar grup normlarına uymak zorunda bırakır (Kira 1970, 1976).

Dahası, toplumun refah düzeyi, nihayetinde gelişim gösterecek olan topluma açık tuvaletlerin türlerini de şekillendirecektir. Başlangıçta toplu bir tuvalet, daha sonra belki alt gruplar veya aileler için birkaç küçük boyutlu tuvalet ve son olarak da özel konutlarda bireysel tuvaletler şeklinde olması beklenebilir. Anahtar bir etken de, kullanılacak suyun varlığı olacaktır (Kira, 1976).

Türümüzün evriminin erken dönemlerinde, insanlar herhangi bir kalıcı yerleşim yeri olmadan dolaştıklarından ve tuvaletlerini yapmak ve dışkılarını örtmek için açık havayı ve toprağı kullandıklarından, tuvaletler açıkça gereksizdi. Ancak yerleşik yaşama geçildikten ve konutlar inşa edildikten sonra, insanın bedensel atıklarının atılması için bazı alanlara ihtiyaç duyulmaya başlandı. Sonuç olarak, önce konutların dışında ilkel tuvaletler oluşturuldu ve daha sonra bu tuvaletler iç mekanlara taşındı. Tabii ki, inşa edilen bu ilk

tuvaletleri sadece iç mekanlara taşımak yeterli değildi, çünkü kokular zamanla bunalıcı duruma gelebiliyordu. Bu nedenle, durumla başa çıkmak için çeşitli yöntemler geliştirildi (Pathak 1995).

Roma, “pissoir” ya da “Vespasienne” olarak adlandırılan umumi erkek pisuvarına öncülük etmiştir. Açıkta ya da çok az bir mahremiyete sahip olan bu aletler, idrarı boya olarak kullanılmak üzere topluyor ve İmparator Vespasian tarafından kasasını doldurmak için satılıyordu (Kira 1976). Bu aletler, aynı zamanda halkın binaların merdiven boşluklarına işemesini engellemek için de kullanılıyordu (Horan 1997).

İnanılmaz gibi görünse de Roma İmparatorluğu’nun çöküşü ile Avrupa’da genel (ve büyük ölçüde özel) tuvaletlerin yeniden inşa edilmesi arasında neredeyse bin yıl geçmiştir, ancak Bizans İmparatorluğu, Roma’nın kamusal kanalizasyon sistemi geleneğini sürdürmüştür (Newman 1997).

İS 1596 yılı bir dönüm noktasıydı; İngiliz J. D. Harrington tuvaleti ya da kısaca WC’yi icat etmiştir (Pathak 1995). Elbette bu sadece eski bir tuvalet tasarımının (Knossos Sarayı) geliştirilmesi olmuştur ancak aralarındaki en önemli fark, yeni tasarlanan tuvaletin hareketli parçalara sahip olmasıdır. Klozet ya da bildiğimiz adıyla tuvalet, Birleşik Devletler’de evin içinde küçük bir odaya yerleştirilirdi. Başlangıçta sadece saygın kişiler tarafından kullanılmış olsa da, bugün onsuz yaşamayı hayal etmek oldukça zordur. Bazı kişiler, bunun “insanlık için uygarlığın son noktası olduğunu” söylemektedir (Horan 1997, s. 204). İster inanın ister inanmayın, WC’nin 1700’lerin sonlarında popüler duruma gelmesi tam 200 yıl sürmüştür. Bir başka İngiliz Thomas Crapper, 1850’lerde bugün hâlâ kullanılan tuvalet tasarımını geliştirme ayrıcalığına sahip olmuştur (Horan 1997).

1739'da Paris'teki bir restoranda, ilk kez kadın ve erkekler için ayrı kullanımları olan tuvaletlere yer verilmiştir. 1824 yılında Fransa'da, ilk genel tuvalet inşa edilmiştir (Pathak 1995). Bu dikkat çekici görünebilir ancak çok önemli bir noktayı vurgulamaktadır. Tuvalet kullanımında “mahremiyet” fikri oldukça modern bir kavramdır ve kökeni 1800'lü yıllara dayanmaktadır (Newman 1997). “Kişisel mahremiyet” kavramının son birkaç yüz yıl içerisinde geliştiğini ve hem ekonomik refaha hem de dini kavramlara bağlı olduğunu anımsamak önemlidir. Bir gözlemcinin uygun bir şekilde ifade ettiği gibi: “Bir toplumun, alçakgönüllü olabilmeyi bir erdem haline getirebilmesi için önce alçakgönüllü olmayı sağlayacak koşullara sahip olması gerekir” (Kira 1976, 6). Günümüzde bize inanılmaz görünen şey, Aydınlanma öncesi (ve kesinlikle Viktorya dönemi öncesi!) işeme konusundaki tutumlardır.

Yirminci yüzyıldan önce sadece zenginler WC ya da sifonlu tuvaletle sahipti. Diğer sınıflar, dışarıdaki tuvaletlerle ya da küçük bir odada bulunan “topraktan yapıma” (üzerinde tahta oturak ve altında kova olan) veya genellikle “lazımlık” olarak adlandırılan mobilyalarla idare etmek zorundaydı. İnsanlar bu aletleri gizlemek için çok büyük çaba harcarlardı. (Newman 1997, s. 92-93).

Özellikle kentlerde yaşayan orta sınıf insanlar, 1800'lerin sonu ve 1900'lerin başından itibaren evlerine toplu olarak tuvalet yaptırmaya başladı. O günlerde önemli olan şey tasarım değil, işlevsellikti (Kira 1976). Kişisel ya da genel tuvaletlerin kitlesel olarak inşa edilmesine engel olan bir diğer etkenin de, 1889 yılına kadar gelişmemiş olan kanalizasyon sisteminin eksikliği olduğunu belirtmek oldukça önemlidir (Pathak 1995). Tüm bunların öncesinde, Romalılar yüzyıllar önce yeraltı kanalizasyon sistemini geliştirmiş olsalar da, atıkların çoğu evlerin pencerelerinden aşağıdaki “kanalizasyona” atılıyordu; yani, kentin tüm caddelerini boylu boyunca kaplayan

büyük olukların içine. Bugün, o zamanlarda duyulan o pis kokuyu ancak hayal edebiliriz. (Hastalıklardan bahsetmiyorum bile).

Görüldüğü gibi, genel tuvaletlerin tarihi ile ilgili bilgiler yetersizdir. Dünyanın bazı bölgelerinde insanlar, bugün hâlâ nerede olurlarsa olsunlar, ne zaman gereksinim duyarlarsa duysunlar tuvalet olmaksızın ihtiyaçlarını gidermektedirler. Bu gibi durumlara karşı alışkanlıklarımızı etkileyen iki önemli öge, halk sağlığı ile ilgili kaygılar ve büyük şehirlerin gelişmesi olmuştur. Kira (1976), genel tuvaleti “toplumun rahatlığı, temizliği ve sağlığı için ortak bir alanda, ihtiyacı olan herkesin kullanımına açık, bir kurum tarafından inşa edilen ya da onun adına yapılan tuvalet” olarak tanımlamaktadır (s. 193-94).

İnsanlar ilk etapta niye genel tuvaletlere ihtiyaç duyarlar? Elbette bunun bir nedeni, kişiye özel bir tuvalete erişimin olmamasıdır (günümüzün evsiz nüfusu söz konusu olduğunda, bu hiç de alışılmadık bir durum değil). Ancak herkes işyerinde, sosyal ortamlarda veya seyahat ederken zaman zaman genel tuvaletlere ihtiyaç duyar. Her iki senaryo da, genel tuvaletlerin tasarımını etkilemiştir (Kira, 1976).

Paris şehri, Roma İmparatoru Vespasian zamanından bu yana ilk kez 1840’larda genel erkek pisuvarlarının yeniden kullanılmaya başlamasıyla, bir kez daha öncülük etmiştir! Roma döneminde olduğu gibi bu pisuvarların da çoğu açıktı; sadece bazıları mahremiyet sunuyordu. Fransızlar 1860’lardan itibaren kadınlar için “tamamen kapalı kabinlerin” inşa edilmesine de öncülük etmişlerdir. 1880’lerde her iki cins için kullanılabilen tuvaletler yapılmaya başlanmıştır. Demiryolu seyahatlerinin başlamasıyla birlikte, terminallerde yolcular için genel tuvaletler inşa edilmeye başlandı ve bu da, bu tür tesislerin gerçek anlamda ortaya çıkmasına olanak sağlamıştır. (Kira 1976).

Başlangıçta kuşkuyla karşılanan genel tuvaletler, 19. yüzyılın sonunda Avrupa ve Birleşik Devletler'in büyük kentlerinde kabul gören bir olgu haline gelmiştir. Başlangıçta temiz ve gereksinimlerin karşılanmasına oldukça uygun olan bu tuvaletler, yıllar içinde bozulma eğilimi göstermiştir. Yirminci yüzyılda ticari ve perakende işletmeler geliştikçe ve inşaat kanunları müşterileri için tuvalet bulundurmaya gerektirdiğinden, belediyeler artık bu tuvaletleri sağlama zorunluluğunu hissetmediler.

Dahası, yeni ulaşım araçlarının ortaya çıkması ile –metro, otomobil ve uçak– yeni tasarım genel (ve özel) tuvalet tesisleri inşa edilmiştir. Son olarak, eyalet ve federal park sisteminin gelişmesinin yanısıra kampçılığın popülerleşmesi, “vahşi doğa” olarak adlandırılan alanlar için tuvalet tasarımı sorunlarını gündeme getirmiştir (Kira 1976, s. 196).

Otomobillerin kullanılmaya başlanması, ülke genelinde benzin istasyonlarının artmasına yol açtı. Artık arka tarafta bulunan açık hava tuvaletleriyle idare edemeyen bu istasyonların, kadın ve erkekler için ayrı kullanımlara olanak veren tuvaletler sağlaması gerekiyordu. Ayrıca, eyaletler arası sistem geliştikçe, otoyollar boyunca genel tuvaletlere duyulan ihtiyaç da artmıştır. Son olarak, araba ile yapılan tüm bu seyahatler, yolcular için tuvalet inşa etmek zorunda olan otel ve motel sektörünün gelişmesine de yardımcı olmuştur (Kira 1976).

Yukarıdaki tarihi düşünürken, “bölgeselliğe ve mahremiyete” yönelik varolan tutumları anlamaya çalışmak çok önemlidir. Her ne kadar herkes olmasa da bir çoğumuz evlerimizde ya da apartman dairelerimizde bulunan tuvaletlere karşı olumlu ya da en azından nötr duygular beslerken, sözkonusu genel tuvaletler olduğunda, bu tuvaletlere karşı olumsuz duygular besleriz. Bu genellikle tuvaletin düzeni ve/veya bakımının ne kadar iyi yapıldığı ya da yapılmadığı ile ilgilidir.

Kira (1976) şöyle diyor: “Beden, seks, işeme, mahremiyet ve temizlikle ilgili duygularımızın çoğu, ‘topluma aitlik’ bağlamında gelişmektedir, çünkü kaçınılmaz bölgesel ihlaller ve mahremiyetin ortadan kalkması ile topluma aitlik gerçeği endişelerimizi artırır” (s.200). Öyle ki, bir IKEA (ev mobilyası mağazası) araştırma anketine göre, insanların evde çalışmalarının bir numaralı nedeni “ortak tuvalet kullanmak zorunda kalmamak” şeklinde belirtilmiştir. (PR Newswire, 2000)

Genel tuvaletlere karşı yaşadığımız bu olumsuz duyguları, pisuvarlar, kabinler ve hatta belki de bizler gibi tuvaleti kullanmak üzere bekleyen tanımadığımız diğer kişiler de dahil olmak üzere orada bulunan her şeye yansıtabiliriz. Eğer yabancılardan çekiniyor ve kişisel alanımızın ihlal edilebileceğinden kuşku duyuyorsak, o zaman ister idrara çıkmak ister dışkılamak olsun, bu unsurlar her şekilde gereksinimlerimizin karşılanmasına engel olacaktırlar. Ayrıca, bedensel boşaltım sistemlerimiz konusunda nötr duygulara sahip olsak bile, özellikle de özel kalması veya görülmemesi gereken şeyleri gördüğümüzde, başkaları sözkonusu olduğunda kesinlikle daha az tarafsız oluruz (Kira 1976).

Tanınmış sosyolog Erving Goffman “benlik bölgelerinden” bahseder; bu da ‘benim olarak algılanan şey’, bu durumda kişisel alanla ilgilidir. Esasen topluma açık tuvaletlerde kendimize ait olduğunı düşündüğümüz geçici bir alan yaratmak zorunda kalırsak ve bu alan bir şekilde ihlal edilirse, buna karşı psikolojik bir tepki vermemiz muhtemeldir (Kira 1976, s. 201-02). Bazı durumlarda, bu tepkinin parürezis (veya parkoprezis) olduğunu iddia edebiliriz.

Buradaki iki anahtar fikir, “kimden gizlilik” ve “kim için gizlilik”tir. İlki, çoğunlukla genel tuvaletlerde ortaya çıkar. İhtiyaçlarını gideren kişilerin etrafında olmak istemeyiz. Dolayısıyla, kendimizi onlardan uzak tutmak önemli bir duruma gelir. Goffman bizlere bu

konuda da yardımcı olmaktadır; kendimize bir koruma kalkanı yaratmanın yolu olarak sivil dikkatsizlikten bahseder. Kira (1976) şöyle diyor: “Titizlikle gözlemlenen bu kaçınma davranışı, birçok kültürde ve durumda yaygın olarak kullanılır ve diğer insanların davranışlarını gözlemlemekten kaçınmamızı ve özellikle de göz teması kurmaktan kaçınmamızı gerektirir (s. 201-02).”

Bu nedenle, genel bir tuvalette görgü kuralları, erkeklerin göz teması kurmamalarını ve kesinlikle birbirlerinin mahrem yerlerine bakmamalarını gerektirir. Ayrıca, pisuvarlardaki boşluk da bir sorun durumuna gelmektedir; örneğin, yan yana üç tane pisuvar varsa ve bunlardan biri en uçtaysa, tuvalete giren bir sonraki kişi diğer uca gidecektir. Ancak her iki uçta yer alan pisuvarlar doluyorsa ve arada sadece bir boş pisuvar varsa, tuvalete giren bir başka kişi bu boş pisuvarı kullanmak üzere diğer kişilerden herhangi birinin yanına gidecek midir, diğer türlü bu kişi kuşku uyandırabilir. Bu genel kuralın bazı istisnaları vardır; özellikle okul ve ordu, mahremiyeti ortadan kaldırarak kişiler arası uyumu sağlamaya çalışan kurumlardır (Kira 1976).

“Kim için gizlilik”, ev tuvaleti tasarımının yol gösterici ilkelerinden biridir. Topluma açık tesislerin tasarımına genişletildiğinde, aşağıdaki kaygılar önem kazanmaktadır: “Gözönünde olmayan bir konum; dikkat çekmeyen bir tabela, tuvaletlerin içinde bölmelerin kullanımı; [ve] maskeleyici seslerin, en yaygın olarak hoparlörden gelen müzik sesinin kullanılması (Kira 1976, 205).” İlginçtir ki bu konuda kültürden kültüre, özellikle de görsel koruma alanında büyük farklılıklar vardır.

Örneğin, Avrupa’daki tuvaletler tamamen kapalı olup, kullanıcılarına en üst düzeyde mahremiyet sağlamaktadır. Birleşik Devletler’de ise standart kabin tasarımı, zeminden bir ayak yukarıda başlayan ve toplam yüksekliği sadece yaklaşık 1.70 cm olan kenarlar ve

bir kapıdır (Kira 1976). Gözlemlerimize göre, Avrupalılar genel olarak BD'nin genel tuvalet tasarımlarından nefret ederken, BD'den yurtdışına seyahat edenler, özellikle de parürezisli kişiler, genellikle Avrupa standartlarından memnun kalmakta ve onları daha “uygar” bulmaktadır.

Sosyal gelenekler, çoğu insanın genel tuvaletlerde diğer kişileri görmezden gelmesini gerektirse de, bu durum parürezisli kişiler için çok da rahatlatıcı bir durum değildir. Parürezisli kişilerin birçoğu, ne pahasına olursa olsun genel tuvaletleri kullanmaktan kaçınır. Bunu yapan kadınlar, fiziksel sorunlar yaşamaya yatkındır; Kira'ya (1976) göre, birçok araştırmada idrar tutmanın, kadınların yarısından fazlasında mesane enfeksiyonlarına neden olduğu belirtilmektedir. Erkekler için ise Kira şunları belirtmektedir:

“Mahremiyet eksikliği ya da daha özel olarak, herhangi bir bireyin istediği ölçüde bir mahremiyet eksikliği, talihsiz sonuçlar doğurabilmektedir. Bunlardan en ciddi olanı, genellikle boşaltım işlevinin, çoğunlukla da erkeklerin işeme eylemleri üzerindeki engelleyici etkisidir. Bunun hâlâ bir sorun olması, bazılarını şaşırtıcı gelse de gazetelerin öneri köşelerinde büyük bir düzenlilikle bu sorunları soran mektuplar yer almaktadır (1976, s. 206-07).

İnsanların idrar yapma ve dışkılamaya yönelik davranış ve tutumlarını etkileyen başka etkenler de vardır. Bazıları için, en azından görünürde aynı organ iki işleve hizmet ettiğinden, özellikle de idrar yapmak, cinsel ilişki ile bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde ilişkilendirilebilir. Dahası, cinsel organlarımızı kapalı tutmak ve toplum içinde onlara dokunmamakla ilgili derinlere yerleşmiş “ahlaki tabular” olabilir ve her ikisi de genel tuvalet durumlarında ihlal edilir. Son olarak hem erkeklerin hem de kadınların, özellikle de etraflarında onları duyabilecek başka kişiler varsa, işeme sırasında ses çıkarmaktan genellikle rahatsızlık duydukları görülmektedir (Kira 1976).

Boşaltım pozisyonlarında, özellikle de idrar yapma konusunda kültürler arasında büyük farklılıklar olduğu görülmektedir. En şaşırtıcı olanı ise, modern toplumlarda kanıksanmış olan kadın ve erkeklerin işeme pozisyonlarının geçmişte tam tersi olduğudur! Örneğin Herodot, Mısır'da “kadınların işerken ayakta ve dik durduklarını, erkeklerin ise çömeldiğini”; İrlanda'da “erkeklerin oturarak işediklerini, kadınların ise ayakta yaptıklarını”; Müslümanlar arasında hem kadınların hem de erkeklerin “dışkılamak ve idrar yapmak için çömeldiklerini” iddia etmiştir. Ve Avrupalı kadınlar, yakın zamana kadar idrarlarını yapmak için genellikle ayakta dururlardı, çünkü giysileri neredeyse bu pozisyonu almalarını gerektiriyordu ve bunu oldukça gizli bir şekilde yapabiliyorlardı. Son olarak, günümüzde pek çok kadın, kamuya açık alanların temiz olmaması nedeniyle, idrarını yapmak için klozete oturmak yerine ya klozetin üzerine basmakta veya ayakta işemektedir. Erkeklerin, en azından Batı toplumlarında, oturarak rahatça işediklerini düşünenler varsa, Başkan Lyndon Johnson'ın kendi yönetiminden bir posta erinin, Vietnam savaşı sırasında şöyle dediğini hatırlasınlar: “Lanet olsun, işemek için çömelmek zorunda! (Kira 1976, s. 104-105).”

Parürezisli kişiler için belirli sorunların nasıl biraraya geldiğini artık daha iyi anlayabilmekteyiz. Kira'nın (1976) yorumladığı gibi: “Cinsellik ve işeme eyleminin birbirleriyle ilişkilendirilmesi sonucunda, her ikisinin de müstehcen ve biraz olsun utanılacak şeyler olduğunu düşünme eğiliminde olduğumuzdan, aynı zamanda her ikisine yönelik davranışlarımızı gizlemek ve ört bas etmek isteriz; başka bir deyişle, bunun için mahremiyet ararız [ve] kimsenin nerede olduğumuzu veya ne yaptığımızı bilmesini önlemek için her türlü yönteme başvururuz.” (s. 107)

Kişisel boşaltım gibi özel bir konu sözkonusu olduğunda, alçakgönüllülük ve bir dereceye kadar mahremiyet arzusu normal görül-

mektedir. Kira, bu isteğin aşırıya kaçması (yani tamamen mahremiyet istemek gibi) ve gerçekleşmemesi halinde, insanların idrarlarını yapamayacaklarını ve bu durumun bir sorun yaratabileceğini düşünse de, bizim bakış açımıza göre neyin normal ya da normal olmadığı netlikten oldukça uzaktır. Örneğin, Kira, birçok kişinin yeterli mahremiyetin olmadığı bir doktor muayenehanesinde idrar örneği vermekte zorlandığını belirtmektedir. En azından bir ürolog, bize hastalarının 3'te 1'inin talep üzerine istenilen idrar örneğini veremediklerini söylemiştir. Öyleyse, sorun nedir? Açıkçası sorun, mahremiyet yetersizliğidir. Dahası, Kira bile bir araştırmanın, yarıımızdan fazlamızın evde ya da genel tuvaletlerde bir başkasının çok yakınımızda olması halinde, işeme eylemini geçici olarak ya da bir süreliğine erteleyeceğimizi gösterdiğini söylemektedir.

O halde mahremiyet gereksinimi, işeme eylemi sözkonusu olduğunda birçok erkek ve kadın için önemli görünmektedir. Kira'ya göre, mahremiyet en az üç düzeyde ayırt edilebilir: 1- duyulma ama görülmeme; 2- görülmeme veya duyulmama ve 3- görülmeme, duyulmama veya algılanmama. Bir başka deyişle, diğer insanlar kişinin nerede olduğunun veya ne yaptığının farkında bile olmamalıdır. Bununla birlikte, bu kategorilerin genellikle arzu edilen mahremiyet çeşitlerinden çok, tolere edilebilir mahremiyet düzeylerini temsil ettiğini söylemek olasılıkla doğrudur, çünkü (bir seçenek verildiğinde) çoğu insan bu amaçlar için en üst düzeyde bir mahremiyeti seçme eğiliminde olacaktır. Tolere edilebilir bir mahremiyet derecesi, kişinin davranış biçimine ve kendisine bağlı olarak büyük ölçüde değişebilmektedir (s. 165).

Öyle görünüyor ki, boşaltma eylemi gibi “tikindirici şeyler” konusunda en “olumsuz veya endişeli” olanlar, etraflarında başkaları varken en çok zorlananlar ve dolayısıyla bunun için en çok mahremiyete ihtiyaç duyanlar olacaktır (Kira 1976, 164). Bu bazıları için

psikolojik bir gerçek olsa da, hem sosyal hem de çevresel başka etkenlerin de devreye girdiği görülmektedir. İlginçtir ki, ev tuvaleti, çoğu evde “sınırların dışında” kalan tek alandır ve bu nedenle insanların (olumlu ya da olumsuz) her türlü ihtiyaçları için tam mahremiyet sağlayabilecekleri tek yerdir. Evdeki tuvaletin sağladığı mahremiyet, başka bir işleve daha hizmet etmektedir: Özel (işemek gibi) bir faaliyette bulunurken utanç ve mahcubiyetimizi azaltmak. Bu kalıplaşmış bir “kültürel norm” olsa da (yakın geçmişte bile işeme ve dışkılama gibi boşaltım dahil olmak üzere mahremiyete ilişkin neredeyse hiçbir şey yoktu), bugün evrensel olarak kabul edilmektedir (Kira 1976).

Anglo-Sakson kültürümüzün püriten kökeni, sadece tuvaletlerde mahremiyet değil, cinsiyete özel genel tuvaletler konusundaki titizliğimizi de kısmen açıklayabilmektedir. Bunun ne kadar güçlü bir şekilde işlediği, insanların kadınlar ve erkekler olarak ayrı ayrı tasarlanmış tek kabinli ve kapıları kilitli tuvaletleri kullanmak üzere beklerkenki davranışlarını gözlemleyerek görebilirsiniz; neredeyse hiç kimse boş olsa bile karşı cinsin tuvaletini kullanmaz ve kendi cinsiyetine ait tuvaletin boşalması için sıra bekler. Görünüşe göre liberal 1960’larda ve 1970’lerin başında İngiltere, Fransa, İtalya ve Japonya gibi bazı ülkelerde böyle bir zorunluluk yoktu ve her iki cinse uyan kamu tesisleri yaygındı. Bu durum bugün de bir ölçüde geçerli olabilir ancak izlenimimiz, birçok ülkenin Birleşik Devletler’in daha tutucu ahlaki (ve siyasi) standartlarına doğru ilerlediği yönündedir. Her ne kadar burada uzun uzadıya tartışılmayacak olsa da, genellikle her iki cinse uyan veya cinsiyet ayrımı gözetmeyen tuvaletler şeklinde transseksüellerin tuvalet ihtiyacının karşılanmasına yönelik yeni odaklanma, şu anda Birleşik Devletler genelinde bina yönetmeliklerinde de kendini göstermektedir.

Pek çok yerde genel tuvaletler arzu edildiği gibi değildir. Görünüşe göre birçoğu, “inanılmaz derecede küçük, dar ve pis tesisler” olarak karşımıza çıkmaktadır. 1970’lerin başında, New York’ta 500’den fazla tesis üzerinde yapılan bir anket sonucuna göre, tuvaletlerin yaklaşık yüzde 70’inde bir sorun olduğu belirtilmiştir. Aynı tarihlerde American Automobile Association (AAA) tarafından yapılan bir ankete göre ise “pis tuvaletler” şikayet listelerinde ikinci sırada yer alıyordu (Kira 1976, s. 212-14). İşin tuhaf yanı, zaman geçtikçe bu durum daha da kötüye gidiyor gibi görünüyor. New York’a gidin ve temiz bir genel tuvalet bulmaya çalışın; bu ülkeye gelen yabancı gezginlerin en büyük şikayetlerinden biri, temiz tuvalet bulamamaktır.

Barlar, restoranlar, tren istasyonları, eyaletler arası dinlenme tesisleri veya havaalanları gibi çeşitli kuruluşlardaki genel tuvaletler nasıl tasarlanır ve inşa edilir? Bu tesislere yerleştirilen pisuvar ve tuvaletlerin sayısını ne belirler?

Çeşitli bina yönetmelikleri –eyalet, ilçe veya kent– herhangi bir binadaki pisuvar ve tuvalet armatürlerinin sayısını yönlendirir. Ancak bu yönetmelikler, tasarım konularını en alt düzeyde ele alır ve genellikle sadece aralık ve yükseklik gibi özellikleri düzenler. Engelli Amerikalılar Yasası da (ADA), inşa edilmesi zorunlu olan engelli erişimine uygun pisuvar ve tuvaletlerin sayısını düzenler. (Ancak 2018 yılında sadece bir düzenleyici kurum, Uluslararası Kod Konseyi (ICC), bu konuyu ciddi bir şekilde ele almaya başlamıştır).

Belli bir kuruluş, bir sözleşme için inşaat firmalarına teklif verdiğinde; her iki taraf için de geçerli olan birincil sorun, tuvaletlerin tasarım maliyetleridir. Genel tuvaletlerin inşası için ödeme yapanlar, maliyetleri en aza indirmek isterler ve olası bir sözleşme için teklif verenler, mümkün olan en düşük teklifi vereceklerdir. Sonuç

olarak, planları tasarlayan mimarlar da, yönetmelik gerekliliklerinin asgari düzeyde karşılanmasını sağlayacak en ucuz seçenekleri önermeye çalışacaklardır. Bu da çeşitli sorunlara yol açmaktadır.

Erkekler, hatta parürezisi olmayanlar bile, halka açık bir tuvalette yer alan pisuvarlarda tuvaletlerini yaparken çeşitli sorunlarla karşılaşılır. Bunlardan en önemlisi pisuvar aralıklarıdır; pisuvarlar arası bölmeler olmadığında, erkekler kendilerince bir tür mahremiyet sağlamak için pisuvara daha da yaklaşarak, kendilerini etraftaki diğer kişilerden gizlemeye çalışırlar ve bu da sorunun giderek artmasına neden olur. Ayrıca, pisuvarlar genellikle birbirine o kadar yakın yerleştirilmişlerdir ki, kalabalık olduğunda bir kişi neredeyse diğerinin dirseklerine dokunacak kadar yakın olur. Birçok erkek tuvaletinde pisuvarlar arasında en az 1 metrelik bir boşluğa ihtiyaç duyulduğu tahmin edilmektedir.

Kira (1976, s. 230), “mahremiyet ve her bir pisuvarın alanının açıkça tanımlanması açısından, armatürler arasında bölmelerin olmasının gerektiğini” belirtmektedir. Yazarlar bundan çok daha ileri giderek, tüm pisuvarlar arasında, tercihen zeminden tavana kadar uzanan ve yanınızda duran kişinin görüşünü büyük ölçüde veya tamamen engelleyen bölücüler olması gerektiğini savunmaktadır. (Artık tüm yeni yapıların tuvaletlerinde pisuvarlar arasında bölme olmasını gerektiren bir ICC bina kodu yönetmeliği bulunmaktadır). Ayrıca, alçak çanaklı pisuvarlar ve yakalıklar kullanılmamalıdır.

Kadınlar için sorunlar daha farklıdır. Kadınların “büyük çoğunluğu” zaten klozete oturmadığından (1970’lerde İngiltere’de yapılan bir araştırmaya göre kadınların yüzde 96’sı), kadın tuvaletlerinin yeniden tasarlanması gerektiği anlaşılmaktadır. Temel kaygılardan biri, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmaktır ki bunun gerçekleşme olasılığı vardır. Bazı yenilikçi tasarımlar, kadınların

daha rahat “yarı oturur” ya da “ klozete temas etmeyen” pozisyonlarda ihtiyaçlarını gidermelerini sağlayacaktır (Kira 1976, 232-37).

Hem erkekler hem de kadınlar tuvaleti için, özellikle de parürezisi olan kişilere yönelik çözüm, kimi Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, her kamu tesisine cinsiyet ayrımı olmaksızın en az birkaç adet tamamen kapalı tuvalet kabinlerinin yerleştirilmesidir. (Bu da 2021’den itibaren ICC yönetmeliklerinde, yeni bir bina kodu uygulaması zorunluluğunu gündeme getirecektir; halka açık yerlerde iki veya daha az tuvaleti olan tüm yeni yapıların cinsiyet ayrımı gözetmeyen olarak belirlenmesi gerekecektir). Bu uygulama, kullananlar açısından neredeyse tam bir mahremiyet ortamı sağlayacak ve parürezisi olan kişilerin genel tuvaletlerden kaçınmalarının üstesinden gelmelerine ve başarı elde etmelerine yardımcı olacak, aynı zamanda transseksüel bireyler için genel tuvalet tartışmalarını da çözecektir.

Dr. David Gordon-Dr. Gregory Nicaise

İşemeye Genel Bakış

Mesanenin idrarı dışarıya atma yeteneği, işeme olarak bilinir. İstemli olarak işeyememe, idrar retansiyonu olarak bilinir. Başarılı işeme, santral sinir sistemimizin üç bileşeninin etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bunlar sempatik, parasempatik ve somatik sinir sistemleridir.

İşmeden sorumlu sinirsel (nöral) etkileşimi anlamadan önce, mesanenin ve mesane çıkışının anatomisini anlamanız gerekir. Mesane, pelvisin derinliklerinde bulunan bir organdır. Esasen kalbe benzemeyen içi boş bir kastır (detrusor). İşlevi, detrusor kasının viskoelastik özellikleri karşılanana kadar düşük basınçlarda artan hacimlerde idrar ile dolmaktır. Bu sırada, mesanenin boşalması veya boşaltılması gerekecektir. Bu dolum evresi sırasında mesane kası gevşemiş veya stabil kalmalıdır; yani mesane içi kas etkinliği olmaz.

İlginç bir şekilde, depolama ve işeme döngüsüne dahil olan başka bir kas dizisi daha vardır. Bunlar proksimal üretra ve mesane boynu bölgesinde bulunan sfinkterik (büzgeç) kaslardır. İki ana kompleks vardır: İç sfinkter (İS) ve dış sfinkter (DS). Dolum evresi sırasında, detrusor kasının gevşek kalması gerektiği gibi, İS ve DS de kasılmalıdır. Kasılmış bir sfinkterik kompleks (İS ve DS) ile birlikte çalışan gevşemiş bir detrusor kasının bileşimi kontinansı (idrarın tutulması, sosyal kurallar çerçevesinde uygun yer ve zaman

oluştduğunda istemli olarak idrar yapabilme yeteneğini ifade eder) sağlayan şeydir.

Detrusor kasının tersine, İS veya mesane boynu kası, dolum sırasında kasılı (kapalı) kalmalıdır. Bununla birlikte, mesane kapasitesine ulaşıldığında ve detrusor kasılmaya hazırlandığında, İS mesanenin boşalmasına izin vermek için koordineli bir şekilde gevşemelidir. İS'in eylemleri doğrudan istemli kontrol olmadan gerçekleştirilir.

Dış sfinkter (DS), mesane boynunda bulunan İS'in 1–3 cm distalinde üretrayı çevreler. Hem çizgili hem de düz kastan oluşan halka şeklinde bir yapıdır. DS kompleksi, hem istemli hem de istemsiz (otonomik) kontrol altındadır. İç düz kas halkası istemsiz olarak çalışırken, dış çizgili halka (diğer adıyla rabdosfinkter) istemli kontrol altındadır. Bu koordineli bir mesane kası kasılması ve istemli işleme için tetikleyici görevi gören DS'in istemli gevşemesidir.

Sinirsel Kontrol Özeti

İdrar, kan için bir ultrafiltrattır. Filtrasyon (süzme) işlemi böbrekler düzeyinde gerçekleşir ve üreterler aracılığıyla anatomik olarak mesaneye akıtılır. Mesane dolumu, duvarındaki baroreseptörler olarak bilinen gerilim reseptörleri tarafından düzenlenir. Bu baroreseptörler, detrusor kas tonusuna bağlı olarak dolum hacimlerini yorumlayan miyelinsiz duyuşal sinirlere bağlıdır. Bu noktada, işemenin sinirsel kontrolü kişinin yaşına bağlı olarak iki yoldan birini izleyebilir.

Esasen, bir İnfantil Sinir Ağı ve bir de Erişkin Sinir Ağı vardır. Erişkin sinir ağı, uzun omurilik yolları myelinleştikten sonra devreye girer. Bu, genellikle 5 yaşından önce gerçekleşir. Eğer İnfantil Sinir Ağı seçilirse, denek basit bir sakral refleks arkı üzerinden çalışmaktadır. Burada, mesane dolum bilgisi belirli bir hacime ve tona ulaştığında, bu bilgi reseptör düzeyinden miyelinsiz duyuşal sinir-

lere çevrilir ve bu sinirler bilgiyi sakral omurilikteki bir nöro-değişim merkezine taşır. Bu noktada, bir motor yanıt a dönüştürülür ve mesanenin kasılmasına ve böylece mesanenin boşalmasını kolaylaştırmak üzere mesaneye geri taşınır. Bu çok basittir.

Erişkin sistemi daha karmaşıktır. Çünkü insanlar en azından kısmen sosyal kabul edilebilirliği sürdürmelidir. Sosyal olarak kabul edilebilir olmak, pelvik kurulum gerektirir. Pantolonlarımız ısılak olamaz, büyük koruyucu i  çamaşırları olamaz, böbrekler düşmanca mesane dolum basıncından korunmalıdır ve son olarak, işeme istemli olmalıdır. Tüm bunları başarmak için, mesane dolum ve boşaltımını koordine etmek üzere daha yüksek merkezler devreye girmelidir. Bu, işeme için erişkin sinir ağımız kullanılarak yapılır.

Daha önce de belirtildiği gibi, istemli işeme için erişkin sinirsel ağı,uzun spinal sinir yolları myelinlendikten sonra devreye girer. Bu genellikle 5 yaşından önce gerçekleşir ve basit bir sakral refleks arklı aracılığıyla çalışan infantil sinir ağı bastırılır. Esasen, inaktif duruma getirilir. Işeme için erişkin sinir ağı tercihen seçilir ve uzun yollar miyelinleşme sürecini tamamladığından, duyuusal sinyallerin mesaneden herhangi bir idrar sızıntısı meydana gelmeden önce değerlendirilebilecekleri ve harekete geçebilecekleri daha yüksek merkezlere iletilme hızı artar. Bu süreç oldukça karmaşıktır, ancak olaylar sırasının genellikle aşağıdaki senaryo bağlamında geliştiği kabul edilir.

Öncelikle, alt idrar yolumuzun İnhibitör Kontrol olarak bilinen bir kavram altında çalıştığını hatırlamak önemlidir. Bu, sinirsel iletişimin büyük çoğunluğunun otonom sinir sisteminin sempatik bölümü aracılığıyla gerçekleştiği anlamına gelir. Detrusor seviyesindeki sempatik iletişim, yalnızca alt idrar yolunda [lower urinary tract – LUT] bulunan ve B3 reseptörleri olarak bilinen belirli bir beta reseptör alt tipi aracılığıyla sağlanır. Bu B3 reseptör etkinliği, düşük

basınçlar altında artan hacimlerde mesane dolumuna izin vermek için detrusoru gevşemiş bir durumda tutar. Eşzamanlı olarak, proksimal üretra ve mesane boynu düzeyindeki sempatik iletim, alfa reseptörleri (A₁) aracılığıyla gerçekleşir ve İS ve DS'i kasılmış bir durumda tutar, böylece kuruluk, sosyal olarak kabul edilebilir seviyelerde tutulur.

İkinci olarak, mesane dolum bilgisi belirli bir hacime ve tona ulaştığında, bilgi reseptör düzeyinden duyuşal sinirlere çevrilir ve bu sinirler bilgiyi sakral omurilikteki bir nöro-değişim merkezi aracılığıyla taşır. Daha sonra bilgi, miyelinli spinal sinir yolları aracılığıyla beyin sapında ponstaki işeme merkezine yıldırım hızıyla iletilir.

Bu noktada, bu duyuşal bilgi değerlendirilmek üzere beyinin daha yüksek merkezlerine gönderilir. Eğer işeme sosyal olarak kabul edilebilir varsayılır ise, DS'nin çizgili bileşenini gevşeten istemli bir somatik sinirsel-iletişim uyarısı üretilir. Bu istemli nöromüsküler gevşeme, sempatik aracılı inhibitör kontrolün geri çekilmesi için tetikleyicidir. Sempatik aracılı inhibisyonun rahatlaması, detrusor düzeyinde B₃ reseptörlerin uyarılmasının ortadan kalktığı ve mesanenin kararsız ve kasılma öncesi (prekontraktil) bir duruma geldiği anlamına gelir. Eşzamanlı olarak, mesane boynu düzeyinde sempatik aracılı inhibisyonun geri çekilmesi, sfinkterik kompleksin gevşemiş bir duruma geçmesi ve mesanenin boşalmasına izin vermek için mesane çıkış direncini azaltması anlamına gelir. Son olarak, tüm bunlar gerçekleştikten milisaniyeler sonra, detrüördeki muskarinik reseptörler aracılığıyla parasempatik aracılı uyarılma, mesane kaslarının koordineli bir şekilde kasılmasına ve fizyolojik işeme-ye izin verir.

Son olarak, dış sfinkter kas tonusu ile mesane kas etkinliği arasında bir refleks döngü olduğuna dikkat etmek önemlidir. Esasen,

DS sıkıldıkça ve pelvik taban kas tonusu yükseldikçe, B₃ reseptörlerinin uyarılması artar ve bu da daha sonra mesane kaslarının kasılmasını ve detrusor tonusunu azaltır.

Hipotez

Bizim görüşümüze göre, travmatik bir durumun neden olduğu bedensel stres, sempatik sinir sisteminin uyarılmasına ve adrenalalin salınımının artmasına neden olur. Adrenalin veya epinefrin, sempatik sinir sistemi için önemli bir sinirsel iletilici maddedir. Sonuç olarak, adrenalalin salınımı DS ve pelvik taban kas tonusunda istemsiz bir artışa neden olur ve bu da mesane kasılmasını engelleyerek idrar yapmayı neredeyse olanaksız getirir. Mesane boynunun açılmaya başlamasından sonra en son dış sfinkterin açıldığını gösteren gözlemsel nitelikte MRI verileri vardır.

EK-E Parürezisin Epidemiyolojisi

Artık klasikleşmiş olan Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ndeki, "Genel tuvalette işeme korkunuz var mı?" sorusunu soran Liebowitz'e (1987) minnet borçluyuz. Bu, o zamanlar bile parürezis olgusuna dikkat çekilmesine yardımcı olmuştur.

Kessler, Stein ve Berglund (1997), ulusal bir örneklemde sosyal fobi alt tiplerine ilişkin analizlerini yayınladıklarında, parürezis ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı ilk veriler yayınlanmış gibi görünmektedir. Kessler ve arkadaşları tarafından ileri sürülen yaygınlık oranı (nüfusun % 6,7'si), o dönemde Birleşik Devletler'de yaklaşık 17 milyon kişinin parürezis olduğunu söylemek için turnusol testi haline gelmiştir. Kessler'in anketindeki sorunun, yoruma açık olduğunu belirtmek önemlidir. Anket sorusu, "Evinizden uzaktaki tuvaletlerde, idrarınızı yaparken sorun yaşıyor musunuz?" şeklindeydi. Dolayısıyla, mikrop fobisi olan kişiler yanlışlıkla istatistiklere dahil edilmiş olabilir.

Stein, Torgrud ve Walker (2000), Kanadalılar'dan oluşan sınırlı bir örneklemin yüzde 9'undan fazlasının "evden uzakta tuvalet kullanma" korkusu yaşadığını saptamıştır. Kuzey Amerika dışındaki ilk örnekleme, Furmark (2000) tarafından yapılan bir tezde, İsveç'te parürezis yaygınlık oranının İsveç nüfusunun yüzde 11'inden fazla olduğu bulunmuştur. Bir başka uluslararası çalışmada, Hammelstein ve arkadaşları (2005) Almanya'da parürezisi ve bu bozuk-

luğun nokta prevalansını belirlemişlerdir. Parürezis Kontrol Listesi'ni (PCL) kullanan 105 kişilik bir örnekleme dayanarak, yüzde 2.8'lik bir yaygınlık oranı saptamışlardır.

Ruscio ve arkadaşları (2008) tarafından 2001 ve 2003 yılları arasında yaklaşık 10 bin kişi üzerinde yapılan Ulusal Komorbidite Çalışması - Replikasyon'da (NCS-R) (National Comorbidity Study-Replication), BD nüfusunun yüzde 5,7'sinin genel tuvaleti kullanmaktan korktuğu görülmüştür. Green ve arkadaşları (2011), Ulusal Komorbidite Çalışması-Replikasyon Ergen'de (NCS-A – National Comorbidity Study-Replication Adolescent), 2001 ve 2004 yılları arasında 13-17 yaş arası 10 binden fazla gencin sorgulanmasına dayanarak yüzde 10,3'ünün (genel nüfustaki oranın neredeyse iki katı) genel tuvaleti kullanmaktan korktuğunu bulmuştur. Son olarak, 9 gelişmiş ve 11 gelişmekte olan ülkede sosyal kaygı bozuklukları üzerine yapılan ilk kapsamlı uluslararası çalışmada, genel tuvaleti kullanmaktan korktuğunu bildirenlerin yaygınlığı sırasıyla yüzde 3,1 ve yüzde 3,2 olarak bulunmuştur. Bu çalışmadaki genel örneklem büyüklüğü 100 binin üzerindeydi ve iki tür ülke arasında eşit olarak bölünmüştü. Dolayısıyla, 7 milyarı aşan nüfusuyla, dünya genelinde yaklaşık 220.500.000 kişi parürezis veya utangaç mesane sendromundan yakınmaktadır (Stein ve ark. 2010).

Bunu bir bakış açısına oturtmak gerekirse, bu sosyal kaygı bozukluğu şizofreniden yaklaşık 10 kat daha ve dünya çapında depresyon kadar yaygındır. Bu, bir bozukluğun veya durumun diğerinden daha iyi veya daha kötü olduğu anlamına gelmez; sadece utangaç mesanenin ne kadar yaygın olduğunu göstermek ve parürezisin henüz bu kadar iyi bilinmediğine dikkat çekmek içindir.

Son olarak, utangaç mesane sendromu otizm gibi bir süreklilik veya spektrum bozukluğu olarak görülmelidir. Bu nedenle, birçok insan zaman zaman genel tuvaleti kullanmakta zorluk çekebilirken,

utangaç mesaneden gerçek bir sosyal fobi oluşturacak kadar yakınan (yani, kişinin yaşamsal işlevini önemli ölçüde engelleyen) insan sayısı çok daha azdır. Rahatsızlık düzeyi ne olursa olsun, parürezis ile yaşayanlar desteklenmeyi, kabul edilmeyi ve anlaşılmayı hak etmektedir.

Dr. Steven Soifer

Lisanslı Sosyal Hizmet Uzmanı, Uluslararası
Parürezî Birliği CEOsunun Yorumları

Utangaç Mesane Merkezi (SBC), şu anda IPA'nın kalıcı bir “projesidir”. Dünyanın dört bir yanındaki parürezisli danışanlar için atölye çalışmalarını düzenleyen ve bireysel danışmanlık sağlayan “tüzel” bir kuruluş olmakla birlikte, bu noktada bağımsız bir kuruluş değildir. Koşullar ve para ortaya çıkarsa, bu tablo değişebilir. Günün birinde, insanların tedavi için belirli sürelerle (bir gün, bir hafta, bir ay) gelebilecekleri, fiziksel olarak bir yerde bulunan gerçek bir tesis veya merkez hayal ediyorum. Belki gelecekte böyle bir merkezin kurulması için IPA'ya bir bina bağışlanır.

Utangaç Mesane Merkezi, her yıl Birleşik Devletler genelinde her birinde 5–20 katılımcının yer aldığı yaklaşık 10 atölye çalışması düzenlemektedir. Bazen uluslararası çalıştay yönetiyorum.

Robert Brubaker ve benim, 2004 yılında birlikte kurduğumuz Amerikan Tuvalet Birliği (the American Restroom Association) (ARA) ise farklı bir öyküdür. Ayrı bir 501 (c) kuruluşu olmasına rağmen, IPA'nın bir yan kuruluşudur ve ARA yönetim kurulu, ana kuruluş tarafından “kontrol edilmektedir” (yani, ARA yönetim kurulu üyelerinin çoğunluğu aynı zamanda IPA yönetim kurulu üyesidir). Gelecekte bu durum değişebilir, ancak şu anda ARA'nın statüsü ve mali durumu göz önüne alındığında, bu yapı en mantıklı olanıdır.

Bizler, ARA'yı kurmaya karar verdik çünkü bu ülkede genel tuvaletlerin inşası için etkin bir destek örgütüne ihtiyaç olduğu açıktı. Öncelikle, dünya genelinde pek çok ülkede bu tür kuruluşlar var. ARA ve bu kuruluşlar, Dünya Tuvalet Örgütü (WTO) adıyla bir çatı altında toplanan kurumsal yapılardır. Dünya Tuvalet Örgütü (WTO) adlı grup, diğer WTO (Dünya Ticaret Örgütü) ile karıştırılmamalıdır. Singapurlu Jack Sim tarafından kurulan Dünya Tuvalet Örgütü, en çok Dünya Tuvalet Forumları ve Zirveleri, Dünya Tuvalet Günü ve Dünya Tuvalet Koleji ile tanınmaktadır ve dünyanın dört bir yanından düzinelerce birbirleriyle bağlantılı tuvalet gruplarına sahiptir.

ARA'nın görevi, IPA'ninkine göre daha geniştir ve dolayısıyla gereksinimleri de daha fazladır. ARA'nın görevi şudur: "Amerikan Tuvalet Birliği temiz, güvenli, iyi tasarlanmış genel tuvaletlerin varlığını savunur." Yani, sadece utangaç mesanesi olan insanlar genel tuvaletleri kullanmakta zorluk çekmiyor, aynı zamanda yelpazenin diğer ucunda, örneğin inkontinans (ve parkoprezis) sorunu olan insanlar da vardır. Bu grupların birleşik nüfuslarını biraraya getirdiğinizde, BD nüfusunun en az yüzde 15'inin özel tuvalet ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir.

ARA'nın, aynı zamanda internet trafiğinin oldukça yoğun olduğu etkileyici bir internet sitesi bulunmaktadır. ARA, kuruluşundan bu yana pek çok şeyi başarmıştır. En önemlisi, Wall Street Journal'da yazılan bir makalede, çeşitli eyaletlerin sıhhi tesisat yasalarına dayanarak, tüm işletmelerin müşterilerine, çalışanlarının kullandığı aynı tuvaletlere erişim sağlaması gerektiği belirtilmiştir. Dahası, "müşteri" terimi, işletmeye giren herkes anlamına gelecek şekilde kapsamlı olarak yorumlanmaktadır. Ancak bu kurallarla ilgili tek sorun, yaptırımdır. Eyalet sıhhi tesisat yönetmeliklerini ihlal eden işletmeler için herhangi bir ceza yoktur, bu da yönetmelikleri neredeyse anlamsız kılmaktadır.

ARA'nın bir diğer önemli başarısı da, son dönemlerde işletmelerin müşterilerini, işletmelerin “genel” tuvalet alanlarına yönlendiren işaretler asmalarını gerektiren devlet sıhhi tesisat yönetmeliği değişikliklerini kazanmış olmasıdır. Ne yazık ki, çok az işletme bunu yapmıştır.

ARA ayrıca, yeni inşa edilen binalardaki tüm genel tuvaletlerin pisuvarlar arasında mahremiyet perdeleri kurmasını ve asgari yükseklik gereksinimlerini (ikinci düzenlemenin hâlâ eksiklikleri vardır) gerektiren yönetmelik değişikliklerinin uygulanmasına yardımcı olmuştur. Bu sıhhi tesisat yönetmeliği değişikliklerine de uyulup uyulmadığı net değildir. Bu yönetmelik değişiklikleri, sadece parürezisi olan bireylere yardımcı olmak için değil, aynı zamanda işeme sırasında idrarın sıçramasını önlemek amacıyla panellerin kurulması için de kabul edilmiştir.

ARA'nın verdiği bir diğer “savaş” da, BD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın (HHS) kamuya açık yerlerde yeterli tuvalet olanaklarına sahip olmanın bir sağlık gerekliliği olduğu yönünde kurallar yayınlamasını sağlamaktır. Bu, aralarında ülke genelindeki genel tuvaletlerin sayısı ve erişilebilirliğinin de bulunduğu pek çok şeyi etkilemektedir.

Genel tuvalet sorununa bir ARA yönetim kurulu üyesi tarafından önerilen bir çözüm, benim “modern Avrupa” tuvalet tasarım modeli olarak adlandırdığım modele, yani her yerde cinsiyet ayrımı gözetmeyen, tek kabinli ve aile tuvaletlerine geçmektir. Bu, ortak tuvalet ihtiyacımızı tamamen karşılamayacaktır ancak doğru yönde atılmış büyük bir adım olacaktır.

Böylece, genellikle yetersiz boyut ve tasarıma sahip, temizlik ve malzeme açısından yetersiz olan ayrı erkek ve kadın tuvaletleri yerine, ortak el yıkama olanaklarına sahip bireysel ve sıralanmış tuva-

letlere (WC'ler) sahip olacağız. Bu durum, 2021 yılında bir dereceye kadar gerçekleşecektir; çünkü Uluslararası Yönetmelik Konseyi (ICC) standartları kapsamında, eyaletlerin yaklaşık 3'te 2'sinde iki veya daha az tuvaleti olan tüm kamu tesislerinde cinsiyet ayrımı gözetmeyen tuvaletler zorunlu kılınacaktır.

Özellikle parürezisli kişiler için, uygun şekilde tasarlanmış (yani portatif tuvaletler gibi değil), kalın duvarlı ve ses yalıtımlı tek kişilik tuvaletler inşa edilirse; bu, birçok kişinin genel tuvaletleri kullanabilmesi için yeterli mahremiyet ortamını sağlayacaktır. Maliyet tahminleri, bu tür tesislerin şu anda tasarlanan tuvaletlerle yaklaşık aynı maliyetle (veya belki de biraz daha fazla) yapılabileceğini göstermektedir.

Genel tuvalet tasarımı konusunda, “normal” olanın ne olduğunu hep merak etmişimdir. Bundan 500 yıl (ya da umarım daha az) sonra, insanlar bugünkü tuvaletlerimizin tasarımına dönüp bakacaklar ve benim bakış açımına göre dehşet içinde çığlık atacaklar. Bana göre, mevcut genel tuvaletlerin çoğunda sağlanan mahremiyet düzeyi barbarcadır. Herkesin kamusal alanda kendi kişisel tuvalet alanına sahip olmasını savunmuyorum ancak New York'a (ya da dünyanın herhangi bir büyük kentine) giderseniz, çok fazla sıvı tüketin (ve hazır oradayken yiyecek de), sonra etrafta dolaşmaya başlayın ve ihtiyacınız olduğunda “genel” bir tuvalet bulmaya çalışın. İyi şanslar!

Bir tahminde bulunayım ve diyeyim ki, yüz yıl içinde, bu sözde “modern” Avrupa tuvalet tasarımı (hitap ettiği halkın ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek miktarda tek kişilik tuvaletler) 2100 yılında genel tuvaletler için model olacaktır.

Yapı malzemelerindeki gelişmeler, bu “mahremleri” neredeyse ses geçirmez duruma getirecek ve kullanımlar arasında temiz kal-

malarını sağlamak için en son teknoloji “kendi kendini temizleyen” tuvaletler şeklinde tasarlanmasına olanak sağlayacaktır. Bu tuvaletler, Şanghay’ın 2010 Dünya Fuarı için belirlediği her yüz metrede bir tuvalet hedefini örnek olacak şekilde çok sayıda yer alacaktır. Benim bakış açıma göre, “uygar” bir toplumun anlamı budur. Bir zamanlar birileri, bir uygarlığın ilerlemesini tuvaletlerinin mevcut durumlarına göre ölçülebileceğini ifade etmişti ve ben de buna katılıyorum.

EK-G Duyarsızlaştırma Hiyerarşisi Şeması

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

Kendi hiyerarşi şemanızı kendiniz kaydetmek için bu tabloyu kullanabilirsiniz. Sıralamanıza birden başlamalı, (rahatça performans gösterebileceğiniz bir durum) gerçekçi ve küçük adımlarla ona kadar ilerlemelisiniz. Not: Bu, istediğiniz hedefe ulaşmak için gereken birkaç hiyerarşi şemasından biri olacaktır.

Utangaç mesane sendromu hakkında daha fazla bilgi edinmek, bir atölye çalışmasına katılmak ve/veya parürezis ile ilgili bilgilerin yayılmasına nasıl katılabileceğinizi öğrenmek istiyorsanız, iletişime geçmeye davetlisiniz: Dr. Steven Soifer, Lisanslı Sosyal Hizmet Uzmanı, İcra Kurulu Başkanı (CEO), Uluslararası Parürezi Birliği, A.Ş. (IPA, Inc.); P.O. Box 21237, Catonsville, Maryland 21228.

Telefon: 1-800-247-3864; e-posta: ipasteven@gmail.com. IPA internet sitesi adresi: [www. paruresis.org](http://www.paruresis.org) veya www.shybladder.org.

Dr. Soifer, bireysel danışanlarla çalışmakta, gün boyu veya hafta sonu atölyeleri düzenlemekte ve dünya çapında destek grupları kurulmasına yardımcı olmaktadır. Kendisi iyileşmekte olan bir parüretiktir ve Oxford'da, Mississippi Üniversitesi'nde sosyal hizmet profesörüdür.

Dr. George D. Zgourides, Psikolog. Parürezis konusunda uzmandır ve konuyla ilgili çok sayıda hakemli dergi makalesi yazmıştır. Kendisi bu sorunun ve diğer anksiyete bozukluklarının tedavisinde uzmanlaşmış bir klinik psikolog ve tıp doktorudur.

Dr. Joseph Himle, Sosyal Hizmetler Yüksek Lisansı. Parürezisli kişilerin tedavisinde geniş deneyime sahiptir ve bu kitabın temel aldığı bir tedavi kılavuzu geliştirmiştir. Kendisi Michigan Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti ve Kaygı Bozuklukları Programı Yardımcı Yöneticisidir.

Nan O'Brien, iki yıl boyunca IPA'da yönetim kurulu üyesi olarak görev yapmıştır. Yüksek profilli biyografiler de dahil olmak üzere çeşitli alanlarda kitapları yayımlanmış bir yazardır. '*Unknown Rockwell: A Portrait of Two American Families*' (Bilinmeyen Rockwell: İki Amerikan Ailesinin Portresi) adlı kitabı şu anda uzun metrajlı bir film olarak çekilmektedir.

KAYNAKÇA

Makaleler ve Bölümler

- Abefa-Gyan, T., Barrett, J. ve Soifer, S. (2012). Virtual organization development and the history of the internet: A case study of parallel evolution. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(3): 295-301.
- Abramovici, I. ve M. Assael. (1981). Psychogenic retention of urine. *Psychiatria Clinica* 14:196-204.
- Allen, T. D. (1972). Psychogenic urinary retention. *Southern Medical Journal* 65:302-304.
- Allison, S. (2014). A secret social phobia. *Journal of Psychology and Christianity*, 33(3)
- Anderson, L. T. (1977). Desensitization in vivo for men unable to urinate in a public facility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology* 8:105-106.
- Ascher, L. M. (1979). Paradoxical intention in the treatment of urinary retention. *Behaviour Research and Therapy* 17:267-270.
- Barnard, G., C. Flesher ve R. Steinbrook. (1966). The treatment of urinary retention by aversive stimulus cessation and assertive training. *Behaviour Research and Therapy* 4:231-236.
- Barrett, D. M. (1976). Psychogenic urinary retention in women. *Mayo Clinic Proceedings* 51:351-356.
- Barros, R. (2011). Paruresis and parcopresis in social phobia: A case report. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33 (4): 416-17.
- Bassi, P., F. Zattoni, F. Aragona, M. Dal Bianco, A. Calabro, and W. Artibani. (1988). Psychogenic urinary retention of urine in women: Diagnostic and therapeutic problems. *Journal of Urology Paris* 94:159-162.
- Bekhterev, V.M. (1897). A kind of psychopathic difficulty urinating. *Review of Psychiatry* No. 12. Bilanakis, N. (2006). Case report: Psychogenic urinary retention. *General Hospital Psychiatry*. 28(3): 259-262.
- Bird, J. R. (1980). Psychogenic urinary retention. *Psychotherapy and Psychosomatics* 34:45-51.
- Bohn, P., and H. Sternbach. (1997). Current knowledge and research directions in the treatment of paruresis. *Depression and Anxiety* 5:41-42.
- Blumenthal, F. (2012). Treatment of chronified paruresis: A case report. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 33(4): 378- 393.

- Boschen, M. J. (2008). Paruresis (psychogenic inhibition of micturition): Cognitive behavioral formulation and treatment. *Depression and Anxiety*, 25(11): 903-912.
- Bosio, M., S. Mazzucchelli, and S. Sandri. (1996). Psychogenic urinary retention in childhood: A severe case treated by an integrated global approach. *Minerva Pediatrica* 48:117-120.
- Bouman, T. K. ve van der Boom, K. J. (2001). Plas op de plaats maken. Cognitieve gedragstherapie en paruresis. *Experimental Psychotherapy & Psychopathology* 34: 307-323.
- Braasch, W. F. ve G. J. Thompson. (1935). Treatment of the atonic bladder. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 61:379-384.
- Burgess, F. (2007). *Shy Bladder Syndrome questionnaire*. Shy Bladder Syndrome Research Project, Station House Training Centre, Station Road, Whalley, Clitheroe, U.K.
- Caffaratti, J., S. Perez-Rodriguez, J. M. Garat ve L. Farre. (1993). Acute urinary retention of psychogenic cause in a girl. *Actas Urology Espanola* 17:367-370.
- Chapman, A. H. (1959). Psychogenic urinary retention in women: Report of a case. *Psychosomatic Medicine* 21: 119-122.
- Christmas, T. J., J. G. Noble, G. M. Watson ve R. T. TurnerWarwick. (1991). Use of biofeedback in treatment of psychogenic voiding dysfunction. *Urology* 37:43-45.
- Cooper, A. J. (1965). Conditioning therapy in hysterical retention of urine. *British Journal of Psychiatry* 111:575-577.
- Davison, G. C. (1968). Elimination of a sadistic fantasy by a clientcontrolled counter-conditioning technique: A case study. *Journal of Abnormal Psychology* 73:84-90.
- Deacon, B.J., Lickel, J. J., Abramowitz, J.S. ve McGrath, P.B. (2012). Development and Validation of the Shy Bladder Scale. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 251-260.
- Di Silverio F, D'Eramo G, Lubrano C, Flammia GP, Sciarra A, Palma E, ve ark. (1998). Evidence that Serenoa repens extract displays an antiestrogenic activity in prostatic tissue of benign prostatic hypertrophy patients. *Eur Urol*, 21:309-14.
- Elbe, A., Schlegel, M. M. ve Brand, R. (2012). Psychogenic urine retention during doping controls: Consequences for elite athletes. *Performance Enhancement and Health* 1: 66-74.

- Elbe, A. and Brand, R. (2014). Urination difficulties during doping controls: An act of rebellion? *Journal of Clinical Sport Psychology*, 8(2): 204-214.
- Elbe, A. ve Overbye, M. (2014). Urine doping controls: the athletes' perspective. *International Journal of Sport Policy and Politics*. 6(2): 227-240.
- Elbe, A. ve Overbye, M. (2015). Providing support to athletes with negative experiences during urine doping controls. *Journal of Sports Psychology in Action*, 0: 1-11.
- Elitzur, B. (2000). Psychological treatment for bashful bladder. *Harefuah*, 138(12): 1021-1023, 1087. (İngilizce çeviri: Judith Barrett, M.A.).
- Elliott, R. (1967). A case of inhibition of micturition: unsystematic desensitization. *Psychological Record* 17:525-530.
- Emmett, J. L., S. P. R. Hutchins ve J. R. McDonald. (1950). The treatment of urinary retention in women by transurethral resection. *Journal of Urology* 63:1031-1042.
- Fonseca, C. (2015). Paruresis. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(1), 1561-3046.
- Frias, A., Palma, C. and Farriols, N. (2014). Frequent urgency of micturition in public spaces: A possible subtype of agoraphobia. *Minerva Psichiatrica* 55(4), 226-229.
- Fukui, J., F. Nukui, K. Kontani, M. Nagata, J. Kurokawa, M. Katsuta, T. Sugimura, S. Okamoto ve H. Komatsu. (1999). Psychogenic lower urinary tract dysfunction in women: Pathophysiological investigation for psychogenic frequency-urgency syndrome and psychogenic urinary retention. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 90:769-778.
- Gardner, A. (2007). We aim to pee: Unmasking the secret phobia and reducing performance anxiety. *At the Interface/Probing the Boundaries* 31: 103-21.
- Ginandes, C. (2002). Extended, Strategic Therapy for Recalcitrant Mind/Body Healing: An Integrative Model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, (45)(2), 91-102.
- Ginzburg, D.M., Bohn, C., Stangier, U. ve Steil, R. (2011). Kognitive Therapie der Paruresis. *Verhaltenstherapie*, 21: 125-31.
- Glasgow, R. E. (1975). In vivo exposure in the treatment of urinary retention. *Behavior Therapy* 6:701-702.
- Goodwin, R. J., M. J. Swinn, and C. J. Fowler. (1998). The neurophysiology of urinary retention in young women and its treatment by neuromodulation. *World Journal of Urology* 16:305-307.
- Green, J. G., Avenevoli, S., Finkelman, M., Gruber, M. J., Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Sampson, N. A., and Zaslavsky, A. M. (2011). Validation of

- the diagnoses of panic disorder and phobic disorders in the US national comorbidity survey replication adolescent (NCS-A) supplement. *International Journal of Methods Psychiatry Research*, 20(2): 105-15.
- Gruber, D. L ve D. R. Shupe. (1982). Personality correlates of urinary hesitancy paruresis and body shyness in male college students. *Journal of College Student Personnel* 23:308-313.
- Hambrook, D., Taylor, T. ve Bream, V. (2016). Cognitivebehavioural therapy for paruresis or "Shy Bladder Syndrome": A case study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465816000321>
- Hammelstein, P. (2003). *Paruresis: Remarks on its etiology and behavioral therapy*. Verhaltenstherapie.
- Hammelstein, P., Jantsch, B. ve Barnett, W. (2003). Paruresis: A neglected psychological problem. *Psychotherapeut*, 48: 260- 263.
- Hammelstein, P., Pietrowsky, R., Merbach, M. ve Braehler, E. (2005). Psychogenic urinary retention ("paruresis"): Diagnosis and epidemiology in a representative male sample. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5): 308-314.
- Hammelstein, P. and Soifer, S. (2005). Is "Shy Bladder Syndrome" (paruresis) correctly classified as social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 20: 296-311.
- Hatterer, J. A., J. M. Gorman, A. J. Fyer, R. Campeas, F. R. Schneier, E. Hollander, L. A. Papp ve M. R. Liebowitz. (1990). Clinical and research reports: Pharmacotherapy for four men with paruresis. *American Journal of Psychiatry* 147:109-111.
- Hoeritzauer, I., Phe, V. ve Panicker, J.N. (2016). Urologic symptoms and functional neurologic disorders. İçinde: M. Hallett, J. Stone, and A. Carson (Eds). *Handbook of Clinical Neurology*, cilt. 139 (4. dizi). Amsterdam: Elsevier.
- Jacob, R. G. ve D. J. Moore. (1984). Paradoxical interventions in behavioral medicine. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 15:205-213.
- Jaspers, J. P. (1998). Cognitive-behavioral therapy for paruresis: A case report. *Psychological Reports* 83:187-196.
- Kaufman, K. R. (2005). Monotherapy treatment of paruresis with gabapentin. *International Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 53-55.
- Kawabe, K., and T. Niijima. (1987). Use of an alpha1-blocker, YM12617, in micturition difficulty. *Urology International* 42:280- 284.
- Kessler, R. C., M. B. Stein ve P. Berglund. (1997). *Social Phobia Subtypes in the National Co-Morbidity Study*. Boston: Department of Health Care Policy, Harvard Medical School.

- Khan, A. U. (1971). Psychogenic urinary retention in a boy. *Journal of Urology* 106:432-434.
- Kitami, K., M. Masuda, K. Chiba ve H. Kumagai. (1989). Psychogenic urinary retention: Report of two cases. *Hinyokika Kyo* 35:509-512.
- Knowles, F. W. (1964). Hypnotherapy in chronic hysterical urinary retention: Report of a case. *New Zealand Medical Journal* 63:38-40.
- Knowles, S. R. ve Skues, J. (2016). Development and validation of the Shy Bladder and Bowel Scale (SSBS). *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(4): 324-338.
- Knox, S. J. (1960). Psychogenic urinary retention after parturition, resulting in hydronephrosis. *British Medical Journal* 2:1422- 1424.
- Kroll, P., M. Martynski ve A. Jankowski. (1998). The role of psychogenic factors as a cause of urinary retention in a patient with lazy bladder syndrome. *Wiad Lek* 51: 102-5.
- Kuoch, K. L., Meyer, D., Austin, D. ve Knowles, S. (2017). A systematic review of paruresis: Clinical implications and future directions. *Journal of Psychosomatic Research* 98: 122-129.
- Kuoch , K., Cook, S., Meyer, D., Austin, D. ve Knowles, S. (2019a). Exploration of the socio-cognitive processes underlying paruresis and parcopresis. *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0125-7>. (7 Ocak 2019'da çevrimiçi yayınlandı).
- Kuoch , K., Meyer, D., Austin, D. ve Knowles, S. (2019b). Sociocognitive processes associated with paruresis and parcopresis symptoms: A proposed bivalent model. *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00376-w>. (19 Temmuz 2019'da çevrimiçi yayınlandı).
- Kuoch , K., Meyer, D., Austin, D. ve Knowles, S. (2019c). Classification and differentiation of bladder and bowel related anxieties: A socio-cognitive exploration. *Current Psychology*, <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00364-0>. (12 Temmuz 2019'da çevrimiçi yayınlandı).
- Kuoch, K., Austin, D. ve Knowles, S. (2019d). Latest thinking on paruresis and parcopresis: A new distinct diagnostic entity? *Royal Australian Journal of General Practitioners*, (48) 4, 212- 216.
- Labbate, L. A. (1997). Paruresis and urine drug testing. *Depression and Anxiety* 4:249-252.
- Lamontagne, Y. ve I. M. Marks. (1973). Psychogenic urinary retention: Treatment by prolonged exposure. *Behavior Therapy* 4:581-585.
- Langan, K. (2011). Expanded ADA disabilities coverage may affect drug testing. *HR Specialist: New York Employment Law*, 6(12): 6.

- Larson, J. W., W. M. Swenson, D. C. Utz ve R. M. Steinhilber. (1963). Psychogenic urinary retention in women. *Journal of the American Medical Association* 184:697-700.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social Phobia. *Modern Problems Pharmacopsychiatry* 22:141-173.
- Macaulay, A. J., R. S. Stern, D. M. Holmes ve S. Stanton. (1987). Micturition and the mind: Psychological factors in the aetiology and treatment of urinary symptoms in women. *British Medical Journal* 294:540-543.
- Lindsley, J. R. (2001). A comment on Soifer and Ziprin (2000), "Paruresis or Shy Bladder Syndrome: The little known social phobia." *Behavior Therapist*, 24 (part 3): 69.
- Loriente, C. Z. (2007). What is paruresis or Shy Bladder Syndrome: A transdisciplinary research. *Spanish Urologic Proceedings*. 31(4)
- Malouff, J. M. ve R. I. Lanyon. (1985). Avoidant paruresis: An exploratory study. *Behavior Modification* 9:225-234. Margolis, G. J. (1965). A review of literature on psychogenic urinary retention. *Journal of Urology* 94:257-258.
- McCracken, L. M. ve K. T. Larkin. (1991). Treatment of paruresis with in vivo desensitization: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology* 22:57-62.
- McGraw, M.S., Rothbaum, G. L. ve Sterner, W. R. (2014). Paruresis: What counselors need to know about assessment and treatment of Shy Bladder Syndrome. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(3): 228-242.
- Menninger, K. A. (1941). Some observations on the psychological factors in urination and genito-urinary afflictions. *Psychoanalytic Review* 28:117-129.
- Men's Health. (1997).
- Malegrams: Mind over bladder. *October*, 40.
- Middlemist, R. D., E. S. Knowles ve C. F. Matter. (1976). Personal space invasions in the lavatory: Suggestive evidence of arousal. *Journal of Personality and Social Psychology* 33:541- 546.
- Montague, D. K. ve L. R. Jones. (1979). Psychogenic urinary retention. *Urology* 13:30-35.
- Mozdzierz, G. J. (1985). The use of hypnosis and paradox in the treatment of a case of chronic urinary retention/"bashful bladder." *American Journal of Clinical Hypnosis* 28:43-47.
- National Institute of Mental Health. (1994). *Anxiety Disorders*. Washington, D.C.
- Nicolau, R., J. Toro ve C. P. Prado. (1991). Behavioral treatment of a case of psychogenic urinary retention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology* 22:63-68.

- Norden, C. W. ve E. A. Friedman. (1961). Psychogenic urinary retention: Report of two cases. *New England Journal of Medicine* 264:1096-1097.
- Oliveira, F. ve Soares, L. (2014). Changing the clinical narratives patients live by: A cognitive-behavioral approach to a clinical case of paruresis. *Journal of Poetry Therapy: The Interdisciplinary Journal of Practice, Theory, Research and Education*, 19 Aug 2014'te çevrimiçi yayınlandı. DOI: 10.1080/08893675.2014.949514.
- Ost, L. G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*. 26: 13-22
- Palmtag, H. ve G. Riedasch. (1980). Psychogenic voiding patterns. *Urologia Internationalis* 35:321-327.
- Park, H., Kim, D., Young Jang, E. ve Bae, H. (2016). Desensitization of triggers and reduction for paruresis: A case study. *Psychiatry Investigation*, 13(1): 161-63.
- Pathak, B. (1995). *History of toilets*. 25-27 Mayıs'ta Hong Kong'da düzenlenen Uluslararası Tuvalet Sempozyumu'nda sunum.
- Pedersen, V. C. (1923). Retention neurosis of the bladder, secondary to postoperative catheterization. *New York Medical Journal and Medical Record* 118:269-272.
- Prunas, A. (2013). *The Shy Bladder Syndrome: Research on users* www.paruresis.it. Riv Psichiatri. 48(4): 345-53.
- Ray, I. ve J. Morphy. (1975). Metronome conditioned relaxation and urinary retention. *Canadian Psychiatric Association Journal* 20:139-141.
- Raymond, P. (1898). Psychopathic disorders of urination in E. Toulouse: *Work of Psychiatry: Mental, Neurology, Psychology* (1899), 117-123.
- Paris, Fr. Rees, B. ve D. Leach. (1975). The social inhibition of micturition paruresis: Sex similarities and differences. *Journal of the American College Health Association* 23:203-205.
- Ritch, C. O. (1946). Urologic neurosis and psychoses. *Illinois Medical Journal* 89:131-132.
- Rogers, G. M. (2003). Treatment of paruresis in the context of benign prostatic hyperplasia: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10: 168-177.
- Rosario, D. J., C. R. Chapple, P. R. Tophill ve H. H. Woo. (2000.) Urodynamic assessment of the bashful bladder. *Journal of Urology* 163:215-220.
- Ruben, D. H. (2001). Beyond obvious contingencies: When paruresis competes with concurrent avoidance responses. *Behavior Therapist*. 24 (bölüm 9): 194.

- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. ve Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38(1): 15-28.
- Scott, F. B., E. M. Quesada ve D. Cardus. (1961). Studies on the dynamics of mic-turition: Observations of healthy men. *Journal of Urology* 92:455-463.
- Seif, B. (1982). Hypnosis in a man with fear of voiding in public facilities. *American Journal of Clinical Hypnosis* 24:288-289.
- Shatinsky, D., technical advisor for the Secretary of the U.S. Department of Transportation, Drug and Alcohol Policy Office.
Yazarla söyleşi, 15 Eylül 1999.
- Smith, A. (2006). Paruresis: A secret phobia. *Nursing times*, 9 Mayıs, 102(19): 44-45. Soifer,
- S. D. (2013). Overcoming the secret of shy bladder in a group weekend workshop, in Grobman, L. ve Clements, J. (Ed.) in *Riding the mutual aid bus and other adventures in group work*. Harrisburg, PA: White Hat Communications. 113-116.
- Soifer, S. D. and Albert, W. (2017). Treating social anxiety disorder in schools with a focus on paruresis. İçinde: R.J. Waller (ed): *Mental health promotions in school*, Vol. 2. Oak Park, IL: Bentham Science Publishers.
- Soifer, S. D., Himle, J., and Walsh, K. (2010). Paruresis (Shy Bladder Syndrome): A cognitive-behavioral treatment approach. *Social Work in Health Care*, 49(5): 494-507.
- Soifer, S., Nicaise, G., Chancellor, M. ve Gordon, D. (2009). Paruresis or Shy Bladder Syndrome: An unknown urologic malady? *Urologic Nursing*, 29(2): 87-94.
- Soifer, S. ve Ziprin, R. (2000). Paruresis or Shy Bladder Syndrome: The little known social phobia. *The Behavior Therapist*, 23(10): 217-218.
- Stams, U. K., C. H. Martin ve T. G. Tan. (1982). Psychogenic urinary retention in an eight-year-old boy. *Urology* 20:83-85.
- Stanton, S. (1976). Urinary retention in women. *British Medical Journal* (Ağustos 14):420-421.
- Stein, D. J., Ruscio, A. M., Lee, S., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., Bromet, E., Demyttenaere, K., Florescu, S., Girolamo, G., Graaf, R., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., Iwata, N., Karam, E. G. Lepine, J. P., Matschinger, H., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Sagar, R., Williams, D. R. ve Kessler, R. C. (2010). Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depression and Anxiety*, 27(4): 390-403.

- Stein, M. B., Torgund, L. J. ve Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: Findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57: 1046-1052.
- Strahler, K. and Elbe, A. (2007). Wollen - aber nicht koennen: das problem dopingkontrolle. Leistungssport: Zeitschrift fur die Fortbildung von Trainern, *Ubungsleitern und Sportlehrern* 37(4): 35-38.
- Tanagho, E. A. ve E. R. Miller. (1970). Initiation of voiding. *British Journal of Urology* 42:175-183.
- Thyer, B. A., and G. C. Curtis. (1984). Furosemide as an adjunct to exposure therapy of psychogenic urinary retention. *Perceptual and Motor Skills* 59:114.
- Turley, M. (2009). How is it accommodated? Worker's Compensation Report. 20 (19), 314. Urinary retention in women. (1976). *British Medical Journal* (June 26):1554.
- Van der Linden, E. F. ve P. L. Venema. (1998). Acute urinary retention in women. *Ned Tijdschr Geneesk* 142:1603-1606.
- Vythilingum, B., Stein, D. J. ve Soifer, S. (2002). Is "Shy Bladder Syndrome" a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. *Depression and Anxiety*, 16(2), 84-87.
- Wahl, C. W. ve J. S. Golden. (1963). Psychogenic urinary retention: Report of 6 cases. *Psychosomatic Medicine* 25:543-555.
- Wan, K, Liu, N., Liu, C. ve Hwang, I. (2010). Psychogenic urinary retention in children: A case report. *Pediatrics & Neonatology* 51(5): 300-302.
- Watson, S. ve Davidson, T. (2012). Toilet phobia. *The Gale Encyclopedia of Mental Health*, cilt. 2, 1570-72.
- Watson, T. S. ve Freeland, J. T. (2000). Treating paruresis using respondent conditioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31: 155-162.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101 (1): 34-52.
- Weil, M. (2001). A treatment for paruresis or Shy Bladder Syndrome. *The Behavior Therapist*, 24(5): 108.
- Weissberg, J. H. ve A. N. Levay. (1979). Difficulty in urinating in public restrooms. *Patient Care* (April): 1-4.
- Wells, K. R. (2015). Paruresis. *The Gale Encyclopedia of Medicine*, v.6, 3857-3859.
- Williams, G. E. ve A. M. Johnson. (1956). Recurrent urinary retention due to emotional factors: Report of a case. *Psychosomatic Medicine* 28:77-80.

- Williams, G. W. ve E. T. Degenhardt. (1954). Paruresis: A survey of a disorder of micturition. *Journal of General Psychology* 51:19- 29.
- Willimon, W. (1994). Battling Shy Bladder Syndrome, *USA Today*, Ekim 13.
- Wilson, G. T. (1973). Case reports and studies: Innovations in the modification of phobic behaviors in two clinical cases. *Behavior Therapy* 4:426-430.
- Winsbury-White, H. P. (1936). Two cases of retention of urine in women. *The Lancet* (2 Mayıs):1008-1009.
- Wobus, R. E. (1922). Notes on the psychic influence on bladder disturbances in women. *Journal of the Missouri State Medical Association* 19:111-113.
- Wyndaele, J. J. (2003). Paruresis. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 59(4): 228-30.
- Yoshimura, N. and Chancellor, M. B. (2004). Differential diagnosis and treatment of impaired bladder emptying. *Review in Urology*(?), (6, Suppl 1): S24-31.
- Zgourides, G. D. (1987). Paruresis: Overview and implications for treatment. *Psychological Reports* 60:1171-1176.
- Zgourides, G. D. (1988). Bethanechol chloride as a suggested adjunct to prolonged in vivo exposure therapy in the treatment of paruresis. *Perceptual and Motor Skills* 66:319-322.
- Zgourides, G. D. (1991). Atenolol treatment of paruresis. *Psychological Reports* 68:766.
- Zgourides, G. D. (1996). Management of paruresis by urinary selfcatheterization. *Anxiety Disorder Practice Journal* 2:197-198.
- Zgourides, G. D. ve R. Warren. (1990). Propranolol treatment of paruresis psychogenic urinary retention: A brief case report. *Perceptual and Motor Skills* 71:885-886.
- Zgourides, G. D., R. Warren ve M. Englert. (1990). Use of a portable radio headset as an adjunct to exposure therapy in treating paruresis. *Phobia Practice and Research Journal* 3:43-44

Kitaplar ve Tezler

- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-5*. 5. basım. Washington, D.C.: APA.
- Bourne, E. J. (1998). *Healing Fear: New Approaches to Overcoming Anxiety*. Oakland, Kaliforniya: New Harbinger.
- Bourne, E. J. (1995). *The Anxiety and Phobia Workbook*. 2. basım. Oakland, Kaliforniya: New Harbinger.
- Chalabi, B. (2008). *Shit doesn't happen: Lifting the lid on shy bowel*. Bristol, U.K. Kall Kwik Ltd.
- Davis, M., E. R. Eshelman ve M. McKay. (1995). *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*. 4. basım. Oakland, Kaliforniya: New Harbinger.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fezler, W. (1989). *Creative Imagery: How to Visualize in All Five Senses*. New York: Simon and Schuster.
- Fu, H. (1997, 2009). *Does restroom make you unrested? A triangulation approach to paruresis and its policy implications*. Institute of Health Welfare, National Yang-Ming University
- Furmark, T. (2000). *Social phobia: From epidemiology to brain function*. Uppsala University: Uppsala, İsveç.
- Gay, J. A. (1990). A comparison of in vivo exposure and cognitive restructuring in the treatment of a specific kind of social phobia: Psychogenic urinary retention among federally incarcerated inmates. The Florida State University: Ann Arbor, MI: U.M.I.
- Germer, C. K., Siegal, R. D. ve Fulton, P. R. (Ed.) (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York, N.Y. Guilford Press.
- Hammelstein, P. (2005). *Lass es laufen!: Ein leitfaden zur überwindung der paruresis*. Almanya: Pabst, Wolfgang Science.
- Hayes, S. C. and Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Herrmann, J. (2003). *Bianca and the Bashful Bladder (Paruresis Comes Out of the Water Closet)*. Available from the International Paruresis Association.
- Horan, J. L. (1997). *The Porcelain God: A Social History of the Toilet*. Secaucus: Citadel Press.
- Hunt, J. (1870). *Stammering and Stuttering, Their Nature and Treatment*. Londra: Longmans, Green, & Co., 290-91.

- Johnson, S. L. (1997). *Therapist's Guide to Clinical Intervention*. San Diego, Kaliforniya: Academic Press.
- Kinneary, J. (2005). *The Good Lord Hates a Coward: An Account of Life as a Merchant Seaman*. Available from the International Paruresis Association.
- Kira, A. (1970). Privacy in the bathroom. İçinde: *Environmental Psychology: Man and his Physical Setting*, H. M. Proshansky, W. H. Ittelson ve L. B. Rivlin. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Kuoch, K. (2019). *Exploration of Bladder and Bowel Anxieties and the Role of Socio-Cognitive Processes*. Swinburne University: Melbourne, Australia.
- Kurtz, L. F. (1997). *Self-Help and Support Groups: A Handbook for Practitioners*. Thousand Oaks, Kaliforniya: Sage.
- Markway, B. G., C. N. Carmin, C. A. Pollard ve T. Flynn. (1992). *Dying of Embarrassment: Help for Social Anxiety and Phobia*. Oakland, Kaliforniya: New Harbinger.
- Marshall, J. R. (1994). *Social Phobia: From Shyness to Stage Fright*. New York: Basic Books.
- McCullough, C. J. (2000). *Free to pee: A self-help guide for men with paruresis*. Baltimore, MD: International Paruresis Association.
- Newman, E. (1997). *Going Abroad*. St. Paul, Minnesota: Marlor Press.
- Olmert, C. (2008). *Bathrooms make me nervous: A guidebook for women with urination anxiety (shy bladder)*. Walnut Creek, CA: CJOB Publications.
- Silverman, P. (1980). *Mutual Help Groups: Organization and Development*. Beverly Hills, Kaliforniya: Sage.
- Soifer, S. (2012). *Shy Bladder Syndrome: An Update*. Baltimore: International Paruresis Association.
- Soifer, S., Zgourides, G.D., Himle, J. ve Pickering, N. L. (2001). *Shy Bladder Syndrome: Your step-by-step guide to overcoming paruresis*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Soifer, S., Zgourides, G.D., Himle, J. ve Pickering, N. L. (2017). *The Secret Social Phobia: Shy Bladder Syndrome (Paruresis)*. Baltimore: International Paruresis Association.
- Typaldos, S. (Ed.) (2004). *The secret phobia: Stories from the private lives of paruretics, written by people with "Shy Bladder Syndrome"*. Huntington Beach, CA: Haven Harbor.
- Wright, J. H., Basco, M. R. ve Thase, M. E. (2006). *Learning Cognitive-Behavior Therapy: An Illustrated Guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

GİZLİ SOSYAL FOBİ: PARÜREZİS

Utangaç Mesane Sendromu

Utangaç Mesane Sendromu (UMS), belki de idrarını kaçırma ve cinsel uyarılma bozukluğundan sonra, irdelenmesi gereken en utanç verici bedensel işlev bozukluğudur. Birçok insan için UMS, ya da tıbbi adıyla 'parürezis', derin, karanlık bir gizemdir, tuvalete gidemezler ancak niçin gidemediklerini bir türlü bilemezler.

Ciddi boyuttaki utangaçlık duygusu, çoğu insanın kendini aşırı derecede yalnız hissetmesine ve bu sorunun kendinden başka hiç kimsede olmadığı gibi yanlış bir inanca kapılmasına yol açarak bu sorunu paylaşmasına engel olur. Gerçek şudur ki, son yapılan araştırmalar Kuzey Amerika'da yaklaşık 25 milyon, dünya genelinde ise 220 milyon kişinin evlerinden uzaktayken tuvaleti kullanma konusunda zorluk çektiklerini gösteriyor.

UMS ayırım gözetmez. Tüm dünyada, erkek ve kadınları; genç, orta yaşlı ve yaşlıları, eşcinsel olan, olmayan ve trans bireyleri, tüm ırk, etnik köken ve dinlere ait kişileri etkilemektedir. Bu durum sıklıkla, travmatik bir olay sonucu gelişmektedir. Tetikleyen olay, örneğin tuvalete giden bir çocuğa, "Acele edip şu tuvalete gidecek misin!" gibi tek bir basit söylemden cinsel istismara kadar değişkenlik gösterebilir. O andan itibaren, UMS'den yani 'parürezis'ten yakınan kişi, bu sorunu daha kalıcı duruma getirmekten başka bir işe yaramayan tuvaletten kaçınma davranışını benimser...

Parürezis, yaşam kalitesini bozan bir sorundur ama böyle olmak zorunda da değildir. Bu kitaptaki bilgi ve tedavi yöntemleri ile donanmış olarak, parürezisli kişi bu durumun üstesinden gelebilir ve yaşamının kontrolünü yeniden ele alabilir.

Bu kitapta yer verilen bilgi ve kaynaklar, bu fobiden yakınan herkese yardımcı olabilir. Yalnız olmadığınızı, bu sorunla yüzleşebileceğinizi ve ona hükmedebileceğinizi bilmek, parürezisin bitmek bilmeyen hapishanesinden bağımsız bir yaşam sürmenin ilk adımdır.

