



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

ADLİ TIBBİ UYGULAMALARDA TEMARUZ

Dr. ENDE VARLIK TOKGÖZOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. GÖKHAN ORAL

İSTANBUL -2017





T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

ADLİ TIBBİ UYGULAMALARDA TEMARUZ

Dr. ENDE VARLIK TOKGÖZOĞLU

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. GÖKHAN ORAL

İSTANBUL -2017



Bu tez projesi İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiş (Proje numarası: 24675) ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır (441609 sayılı yazı).

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam ile ilgili her türlü konuda yol gösteren, adli psikiyatri konusunda çok değerli bilgiler öğrendiğim ve mesleki tecrübelerini her daim rehber edineceğim değerli tez danışmanım Prof. Dr. Gökhan Oral'a,

Kendilerinden çok fazla şey öğrendiğim anabilim dalımızda görevli birbirinden kıymetli bütün hocalarıma ve biricik uzmanımıza,

Tez çalışmam ile ilgili daha önceki çalışmaları için danıştığım; tüm sorularıma içtenlikle cevap verip yardımlarını esirgemeyen Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Adli Psikiyatri kliniğinde görevli Doç. Dr. Ali Keyvan Hocam'a,

Tez çalışmam için olgularını, ilgili materyallerini ve tecrübelerini benimle paylaşan Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 4. İhtisas Kurulu Başkanı Doç. Dr. Mustafa Solmaz ve Gözlem İhtisas Dairesi Başkanı Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu başta olmak üzere 4. İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi'nin birbirinden kıymetli tüm hocalarına ve tüm çalışanlarına,

Tez ile ilgili maddi desteği sağlayan İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Destek Birimine,

İstatistik çalışmalarımda özellikle yardımcı olan sevgili kıdemlim Dr. İbrahim Eray Çakı'ya, tez yazım sürecinde kürsüyle ilgili sorumlulukları üzerlerine almakta hiçbir beis göstermeyen değerli asistan arkadaşlarıma ve anabilim dalımızın tüm çalışanlarına, tez süreci ile ilgili bilimsel tecrübelerini benimle paylaşan ve yoğunluğuna karşın bana her fırsatta zaman ayıran sevgili arkadaşım Adli Bilimler Uzmanı Hemşire Muzaffer Berna Doğan'a,

Her zaman yanımda olan, bu stresli dönemde beni hep rahatlatan, kendimi kötü hissetmeme fırsat vermeyen sevgili eşim Dr. Nedim Tokgözoğlu'na, bu yaşıma kadar beni hep destekleyen kıymetli aileme sonsuz teşekkür ediyorum.

Dr. Ende VARLIK TOKGÖZOĞLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	x
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Temaruz Nedir.....	2
2.1.1 Temaruzun Tarihçesi	2
2.1.2. Tanım ve Tanı Ölçütleri.....	3
2.1.3. Alt Tipleri.....	4
2.1.4. Klinik Özellikler.....	4
2.1.5. Epidemiyoloji.....	5
2.1.6. Aldatma Davranışı Görülen Klinik Durumlar.....	6
2.1.6.1. Yapay Bozukluk.....	6
2.1.6.2. Konversiyon Bozukluğu.....	6
2.1.6.3. Somatizasyon (Bedensel Belirti) Bozukluğu.....	7
2.1.6.4. Yeme Bozuklukları.....	8
2.1.6.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları.....	8
2.1.6.6. Parafili Bozuklukları ve Cinsel İstismar.....	8
2.1.6.7. Kişilik Bozuklukları ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu.....	9
2.1.6.8. Kurgusal Yalan (Pseudologia Fantastica)	11
2.1.7. Temaruz ile İlişkili Diğer Durumlar.....	11
2.1.7.1. Hatalı Bellek Sendromu.....	11
2.1.7.2. Çocuk Saklama ve Ebeveyn Yabancılaşma Sendromu.....	11

2.1.7.3. Kronik Yorgunluk Sendromu ve İlişkili Diğer Durumlar.....	11
2.1.8. Temaruzun Klinik Görünümleri ve Saptanması.....	12
2.1.8.1. Zeka Geriliği Taklidi.....	12
2.1.8.2. Amnezi ve Hafıza Kaybı Taklidi.....	12
2.1.8.3. Psikoz Taklidi.....	13
2.1.8.3.1. İşitsel Halüsinasyonlar.....	14
2.1.8.3.2. Görsel Halüsinasyonlar.....	16
2.1.8.3.3. Özgün Halüsinasyonlar.....	16
2.1.8.3.4. Delüzyonlar.....	17
2.1.8.4. Mutizm Taklidi.....	18
2.1.8.5. Travmatik Beyin Hasarı Taklidi.....	20
2.1.8.5.1. Postkontüzyonel Sendrom.....	22
2.1.8.5.2. Ayırıcı Tanı.....	22
2.1.8.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taklidi.....	23
2.1.8.7. Depresyon Taklidi.....	25
2.2. Suça Karşı Ceza Sorumluluğu.....	26
2.2.1. Yaş Küşüklüğü.....	26
2.2.2. Sağır ve Dilsizlik.....	27
2.2.3. Akıl Hastalığı.....	28
2.2.4. Geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	31
3.2. İstatistiksel Değerlendirme.....	31
4. BULGULAR	32
4.1. Genel veriler.....	32
4.2. Kriminal Öykü.....	35
4.3. Psikoaktif Madde Öyküsü.....	39

4.4. Çocukluk Çağı Travmaları.....	39
4.5. Tıbbi Öykü.....	40
4.6. M-FAST sonuçları.....	43
4.6.1. Yaş ile Temaruz İlişkisi.....	44
4.6.2. Cinsiyet ile Temaruz İlişkisi.....	44
4.6.3. Askerlik Durumu ile Temaruz İlişkisi.....	45
4.6.4. Medeni Durum ile Temaruz İlişkisi.....	45
4.6.5. Eğitim Düzeyi ile Temaruz İlişkisi.....	46
4.6.6. Madde Geçmişi ile Temaruz İlişkisi.....	46
4.6.7. Kriminal Geçmiş ile Temaruz İlişkisi.....	47
4.6.8. Suçun Yönü ile Temaruz İlişkisi.....	47
4.6.9. Suçun Kime Karşı İşlendiği ile Temaruz İlişkisi.....	48
4.6.10. Suç Öncesi İş Düzeni ile Temaruz İlişkisi.....	49
4.6.11. Tıbbi Öykü ile Temaruz İlişkisi.....	50
4.6.12. Psikiyatrik Tanılar ile Temaruz İlişkisi.....	52
4.6.13. Özkıyım Girişimi İddiası ile Temaruz İlişkisi.....	55
4.6.14. Geçmişte Cezaevinde Bulunma ile Temaruz İlişkisi.....	57
4.6.15. Çocukluk Travmaları İddiaları ile Temaruz İlişkisi.....	58
4.6.16. Anne Babanın Hayatta/ayrılmış Olması Öyküsü ile Temaruz İlişkisi.....	59
4.6.17. Bilirkişi Değerlendirmeleri ve Temaruz İlişkisi.....	60
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	73
7. KAYNAKLAR	75
8. EKLER	82
EK-1	
EK-2	
EK-3	

KISALTMALAR

MFAST	Miller-Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
DSM-5	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
SIRS	Structured Interview of Reported Symptoms
ASKB	Antisosyal Kişilik Bozukluğu
MMPI-2	Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-2
PAI	Personality Assessment Inventory
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TBH	Travmatik Beyin Hasarı
PKS	Postkontüzyonel Sendrom
ATK	Adli Tıp Kurumu
TCK	Türk Ceza Kanunu

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Suç Öncesi İş Düzenleri.....	34
Tablo 2. Kendine zarar verme davranışı ile kriminal geçmiş ilişkisi.....	35
Tablo 3. Katılımcıların suç türleri.....	36
Tablo 4. Katılımcıların suç kime karşı işledikleri.....	37
Tablo 5. Suç türü ile katılımcıların suç kime karşı işledikleri ilişkisi.....	38
Tablo 6. Kişiyeye karşı işlenmiş suçlarda katılımcıların kullandıkları suç aletleri.....	38
Tablo 7. Olguların MFAST ölçek skoru.....	44
Tablo 8. Yaş ile temaruz ilişkisi.....	44
Tablo 9. Cinsiyet ile temaruz ilişkisi.....	45
Tablo 10. Askerlik durumu ile temaruz ilişkisi.....	45
Tablo 11. Katılımcıların medeni durumu ile temaruz ilişkisi.....	46
Tablo 12. Eğitim düzeyleri ile temaruz ilişkisi.....	46
Tablo 13. Madde geçmişi ile temaruz ilişkisi.....	47
Tablo 14. Kriminal geçmiş ile temaruz ilişkisi.....	47
Tablo 15. Mevcut suçun yönü ile temaruz ilişkisi.....	48
Tablo 16. İnsana dönük suçlar ile temaruz ilişkisi.....	48
Tablo 17. Suçun kime karşı işlendiği ile temaruz ilişkisi.....	49
Tablo 18. Kişiyeye karşı işlenmiş suçlar ile temaruz ilişkisi.....	49
Tablo 19. Suç öncesi iş düzeni ile temaruz ilişkisi.....	50
Tablo 20. Psikiyatrik hastalık iddiası ile temaruz ilişkisi.....	50
Tablo 21. İddia edilen psikiyatrik hastalığın başlangıç yaşı ile temaruz ilişkisi.....	51
Tablo 22. Hastalık süresi belirtme/belirtmeme ile temaruz ilişkisi.....	51
Tablo 23. Belirtilen hastalık süresi ile temaruz ilişkisi	52
Tablo 24. Psikiyatrik tanımlar ile temaruz ilişkisi.....	53
Tablo 25. Kendine zarar verme davranışı ile temaruz ilişkisi.....	54
Tablo 26. Antidepresan ilaç kullanımı ile temaruz ilişkisi.....	54

Tablo 27. Antipsikotik ilaç kullanımı ile temaruz ilişkisi.....	55
Tablo 28. Suç sırasında ilaç kullanımı iddiası ile temaruz ilişkisi.....	55
Tablo 29. Özkıyım girişimi iddiası ile temaruz ilişkisi.....	56
Tablo 30. Özkıyım girişimi sayısı iddiası ile temaruz ilişkisi.....	56
Tablo 31. Özkıyım suç ilişkisi iddiası ile temaruz ilişkisi.....	57
Tablo 32. Geçmişte cezaevinde bulunma ile temaruz ilişkisi.....	57
Tablo 33. Cezaevinde kalma süreleri ile temaruz ilişkisi.....	58
Tablo 34. Çocukken şiddete maruziyet iddiası ile temaruz ilişkisi.....	58
Tablo 35. Çocukken maruz kalınan şiddet türü iddiası ile temaruz ilişkisi.....	59
Tablo 36. Anne baba ayrılığı/ölümü ile temaruz ilişkisi.....	59
Tablo 37. Katılımcıların aile içi birey kayıp iddiaları ile temaruz ilişkisi.....	60
Tablo 38. Adli Tıp Kurumu dışındaki bilirkişi raporları.	61
Tablo 39. Adli Tıp Kurumu bilirkişi görüşü.	62
Tablo 40. Bilirkişiler arasındaki görüş farklılıkları.....	62
Grafik 1. Cinsiyete göre dağılım.....	32
Grafik 2. Katılımcıların eğitim durumları.....	32
Grafik 3. Katılımcıların doğum yeri.	33
Grafik 4. Katılımcıların medeni durumu.	33
Grafik 5. Erkek katılımcıların askerlik durumu.	34
Grafik 6. Katılımcıların madde geçmişi.	39
Grafik 7. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları.	39
Grafik 8. Psikiyatrik hastalığın başlama yaşı.....	40
Grafik 9. Katılımcıların tıbbi kayıtlarında mevcut psikiyatrik hastalıklar.	40
Grafik 10. Katılımcıların kullandığı ilaçlar.	41
Grafik 11. Psikiyatrik hastalıklar dışındaki hastalıklar.	42
Grafik 12. Katılımcıların suç sırasında alkol ve madde kullanımları.....	43
Grafik 13. Suç anında ilaç kullanımı.....	43

ÖZET

Amaç: Adli tıp uygulamalarında temaruz en sık adli psikiyatride görülmektedir. Temaruz genel anlamda kişinin parasal kazanç ya da cezadan kaçınma gibi motivasyonlar doğrultusunda kendisinde olmayan bedensel veya psikolojik semptomları bilinçli olarak oluşturmaya ya da kendisinde var olan şikayetleri abartmasıdır. Ceza sorumluluğu değerlendirilmelerinde akıl hastalıklarının taklidinin saptanması ise her zaman kolay değildir. Bu çalışmada ceza sorumluluğu değerlendirmelerinde temaruz ve temaruz için öngörülebilir etmenlerin tespiti ve değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 2017 yılı Mayıs- Temmuz ayları arasında Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi'ne gönderilen ve ceza sorumluluğu sorulan 100 yetişkin birey ile yapıldı. Katılımcılara yüz yüze görüşme tekniğiyle yarı yapılandırılmış veri formu ve M-FAST Türkçe ölçeği soru cevap şeklinde uygulandı. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri, 'SPSS® for Windows 20.0' ve Microsoft Office Excel 2016 programları kullanılarak yapıldı.

Bulgular: M-FAST sonuçları ve klinik bulguları doğrultusunda katılımcıların 50'sine (%50) temaruz tanısı konulmuştur. Evli olanların %63,3'ünde, boşanmış olanların %67,7'sinde, kendini yaralama davranışı olanların %67,6'sında ailede birey kaybı olduğunu belirtenlerin %75'inde çocukken şiddete maruz kaldığını belirtenlerin %63,6'sında, çocukken sık şiddete maruz kaldığını belirtenlerin %88,9'unda ve antidepresan ilaç kullanımı olduğunu belirtenlerin %75'inde temaruz görüldü. Ayrıca temaruz yapan kişilerin ortalama eğitim süresinin daha düşük olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Adli tıp hekimlerinin ceza sorumluluğu değerlendirmelerinde temaruzu mutlaka göz önünde bulundurması gerekir. Depresyon öyküsü, kendini yaralama davranışı ve travmatik öykü temaruz için önemli belirleyicilerdendir. Temaruz değerlendirmelerinde M-FAST gibi bir ölçeğin hem pratik uygulanabilir olması hem de standardizasyon sağlaması bakımından önemli bir yardımcı araç olabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Adli Psikiyatri, Ceza Sorumluluğu, Temaruz, M-FAST

MALINGERING IN FORENSIC MEDICINE PRACTICES

ABSTRACT

Objective: Malingering in forensic medicine practises is the most commonly seen in forensic psychiatry. In general meaning, malingering refers consciously to fabricating nonexistent physical and psychological symptoms or exaggerating existing symptoms direction of motivations like financial compensation or avoidance of punishment. It is not always easy to identify mental illnesses' feigning in assessment of cases' criminal responsibility. In this study, it is aimed to detect malingering and malingering's predictive variables in assessment of cases' criminal responsibility.

Material And Methods: This study is done with 100 adults who are sent to Forensic Medicine Institute's Fourth Board and Psychiatric Observation Department and in order to be asked/evaluated about their criminal liability between May and July, 2017. M-FAST Turkish Version and a semistructured data form have been prepared from researchers were applied. Statistical analysis of data obtained from forms were evaluated by recording them into SPSS® for Windows 20.0 and Microsoft Office Excel 2016.

Results: 50 evaluatees (50%) were diagnosed as malingering according to results of M-FAST and clinical assesment. 63.3% of married, 67.7% of divorced, 67.6% of self-injured, 63.6% of stated they had been subjected to childhood violence and 75% of stated they had antidepressants were diagnosed malingering. Additionally, it is seen malingerers have lower average education period.

Discussion and Conclusion: It is necessary forensic medicine practitioners should consider malingering in their assessment of criminal responsibility. Depression history, self-injured behaviour and traumatic history are important determinants of malingering. It has been concluded a scale like M-FAST can be an important helpful tool in terms of both practicability and standardization.

Key words: Forensic Psychiatry, Criminal Responsibility, Malingering, M-FAST

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Temaruz; kişinin özgül bir amaç için kendisinde olmayan bedensel veya psikolojik semptomları istemli olarak oluşturmaya ya da kendisinde var olan şikayetleri abartmasıdır (1). Adli tıp uygulamalarında temaruz en sık adli psikiyatride görülmektedir (2).

Ceza yargılamasının zemini olan 5237 sayılı Yeni Türk Ceza Kanunu'nun 32. maddesi, kişinin işlediği suç sırasında akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamıyorsa veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmışsa, bu kişiye ceza verilemeyeceğini belirtmektedir. Uygulamada suçla illiyet bağı olan şizofreni, bipolar bozukluk, hezeyanlı bozukluk gibi psikiyatrik hastalık durumlarında kişilere ceza verilmemektedir. Bu nedenle de suç faillerinin sık sık akıl hastalığı taklidi yaptıkları görülmektedir (3). Bu nedenle psikiyatrik bozukluklardaki temaruzun değerlendirilmesi ceza infazının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu konudaki başarısızlık hem adaletin uygulanmasında ciddi olumsuzluklara yol açabilecek hem de gerçekte hasta olan kişinin cezaevine gitmesine neden olarak tedavisiz kalmasına neden olabilecektir (4).

Akıl hastalıkları taklidinin saptanması her zaman kolay değildir ve bunun için sistematik bir değerlendirme yapmak esastır. Hekimin muayene ettiği ve bilirkişilik yapacağı hastanın taklit ettiği hastalığı çok iyi bilmesi bu tür olgularda salt yeterli değildir. Mutlaka tüm tıbbi kayıtlar, adli tahkikat dosyası, psikiyatrik değerlendirme ve bir takım psikometrik ölçümler de olmalıdır.

Bu çalışmada İstanbul Adli Tıp Kurumu'na ceza sorumluluğu sorulmak üzere gönderilmiş 100 adli olguya gönüllülük usulüne uygun olarak çalışmacılar tarafından hazırlanmış veri formu ve temaruzu değerlendirmek için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği alınmış M-FAST (Miller Adli Belirtilerin Değerlendirilmesi) ölçeği uygulanmıştır. Yapılandırılmış veri formunda demografik veriler, kriminal özgeçmiş, çocukluk ve göç travmaları, psikiyatrik ve psikiyatrik dışı hastalıklarına ilişkin bilgiler, suicidal girişimler, psikiyatrik nedenli hastane yatışları ve soygeçmişlerindeki hastalıklar ve kriminal öykü sorulmuştur.

Bu çalışmada, ceza sorumluluğu bakımından adli psikiyatrik değerlendirme için gönderilen kişilerde M-FAST ölçeği ile temaruz oranının ayrıca kişilerin sosyodemografik, psikiyatrik ve diğer tıbbi durumlar, kriminal öykü ve travmatik öykülerinin temaruz için öngörülebilir riskler olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temaruz Nedir?

Temaruz Arapça kökenli bir kelime olup maraz (hastalık, dert) kökünden türemiştir. Kelime anlamı kendini hasta gibi göstermek, hasta olmadığı halde hastaymış gibi davranmadır (5). Temaruz (simülasyon, sayrımsama ya da hekimi yanıltıcı davranış) kişinin özgül bir amaç için kendisinde olmayan bedensel veya psikolojik semptomları istemli olarak oluşturması ya da kendisinde var olan şikayetleri abartmasıdır (1).

2.1.1. Temaruzun Tarihçesi

Temaruzun tarihsel süreci ruhsal bozuklukların tarihi kadar eskiye dayanır. Hastalık uydurmanın ilk tanımlamasına Babil kaynaklarında rastlanmaktadır. Eski Yunan yazınlarında hastalık taklidi yaparak askerlikten kaçmanın cezasının ölüm olduğu bu cezanın sonraki dönemlerde üç gün boyunca halkın arasında kadın kılığıyla dolaşmaya dönüştürüldüğü yer almaktadır. (5)

Psikoz simülasyonu ile ilgili bilinen en eski efsane Ulysses öyküsüdür. Bu efsaneye göre Truva Savaşı'ndan kaçmak için delilik taklidi yapan Ulysses bir boğa ile bir atı çifte koşar ve sahili bir gemi gibi yarıp geçer. Tarlayı sürerken de buğday yerine tuz eker. Palemedes, Ulysses tarlayı sürerken İthaca kralının küçük oğlunu onun yolunun üstüne koyar. Ulysses çocuğu ezmek için yolunu değiştirmeyince deli olmadığı anlaşılır (2, 5). Bir başka öykü de İncil'de geçen David'in öyküsüdür. Bu öyküde ise David'in Gath kralı Achis'e sığındığı ancak ondan Saul ile savaştıkları ve Saul'den korkarak kaçtığını saklar ve Achis'in gazabından kurtulmak için de ağzından köpükler çıkartarak kapıları yumruklayarak hastalık taklidi yaptığı anlatılır. (5)

Tıp literatüründe ilk simülasyon örneğine Gallen tarafından M.S. 11. yüzyılda yazılmış monografide rastlanmaktadır. Zacchis'in 16. yüzyılda yayınlanmış delilik üzerine kitabında “daha kolay taklit edilebilen ya da daha zor saptanan başka hastalık yoktur.” denmektedir. 19. yüzyıldan itibaren de klinik tıp ve psikiyatri kitaplarında artık yerini bulmuştur. Simülasyon da tıp literatüründe diğer birçok tıbbi durum gibi zaman içinde tartışmalara yol açmış ve anlam değişiklikleri yaşamıştır. Psikoanalitik görüşün daha baskın olduğu dönemde daha çok bir hastalık olarak değerlendirilirken; Wertham 1949'da bu tavrı şu

şekilde eleştirmiştir; “Psikiyatrlar arasında tuhaf, anlaşılmaz bir inanç gelişmiştir. Eğer bir kişi akıl hastalığı taklidi yapıyorsa kendisinde zihinsel bir bozukluk olması gerekir. Sanki elektrikli sandalyeye mahkum akli başında biri her yönüme başvuramazmış gibi.” Nedelson aldatma bozuklukları dediği bir spektrum tanımlamış ve bunun bir ucuna tamamen bilinç dışı bulguların yer aldığı konversiyon bozukluğunu diğer ucuna ise tamamen bilinçli bir hareketle yapılan temaruzu koymuştur. Meyerson 1989’da olaya bütüncül ve kapsamlı yaklaşmıştır. Yanıltıcı davranışların kendi başına bir akıl hastalığı olup olmadığı, başka bir ruhsal bozukluğun diğer bir belirtisi ya da birlikte görülmesini tartışarak bu durumların karmaşıklığına dikkat çekmiştir. (5)

Son zamanlarda ise temaruzun tek başına bir hastalık olmadığı ancak tanı konması gerektiği ve temaruzun başka hastalıklarla beraber de görülebileceği ve bu durumun ender olmadığı düşünülmektedir. (2,5)

2.1.2. Tanım ve Tanı Ölçütleri

ICD-10’a göre temaruz; ruhsal hastalıklar başlığı altında değil XXI. Bölüm içinde “sağlık durumunu ve sağlık kurumlarına başvuruyu etkileyen hastalıklar” başlığı altında “sağlık servislerine diğer durumlarla gelen kimseler” başlığı içinde “hastaymış gibi davranma (simülasyon)” Z76.5 ile kodlanmıştır.

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin tanı ölçütleri el kitabı DSM-5’e göre ise;

“Başlıca özelliği askerlik görevinden kaçma, işten kaçma, parasal ödençe alma, suç kovuşturmasından kaçma ya da ilaç elde etme gibi amaçlarla, istemli olarak, doğru olmayan ya da aşırı abartılı bedensel ya da ruhsal belirtiler çıkarmadır.” (8) Temaruz kimi durumlarda uyumsal bir davranışı gösterir. Örnek vermek gerekirse; savaşta esir düştüğünde hastaymış gibi davranmak (6) ya da 14 yaşındaki kız çocuğunun annesinin yeni erkek arkadaşının cinsel tacizinden kurtulmak için halüsinasyon taklidi yaparak hastanede yatması gibi (7).

“Aşağıdaki durumların herhangi bir bileşimi sayımsama(temaruzu) düşündürür;

1. *Adli tıp bağlamında bir görünüm (örn. Kişinin yargıç tarafından muayeneye gönderilmiş olması ya da kişiye dava açılacak ya da bir suç yüklenecek gibi olduğunda kendisinin başvurması)*

2. *Kişinin yaşadığı gerginlik ve yeti yitimiyle, nesnel bulgular ve gözlemler arasında belirgin bir çelişki olması.*
3. *Tanısal değerlendirme sırasında ve reçete edilen ilaçların kullanımı konusunda işbirliği yapmama,*
4. *Toplumdışı (antisosyal) kişilik bozukluğunun olması” (8)*

2.1.3. Alt Tipleri

Simülasyonun kasıt derecesi, uydurulan belirtilerin şiddeti ve varsa gerçeği değerlendirmedeki çarpıklıklar gibi boyutlarıyla alt tipler belirlenmiştir(5). Bunlar;

Tam temaruz (pure malingering): Yakınmaların ve bulguların tamamıyla uydurulmasıdır.

Kısmi temaruz/sürsimülasyon (partial malingering): Var olan belirtilerin ve şiddetinin abartılmasıdır.

Dissimülasyon: Simülasyonun tersine hastanın belirtileri saklayarak kendini daha iyi göstermesi halidir. Bilinçli bir inkâr söz konusudur. Manik dönemde, psikotiklerde, alkol ve madde kullanımında sık görülür.

Yanlış yerine koyma (false imputation): Gerçek semptomların birey tarafından bilinçli olarak semptomlarla ilişkisi bulunmayan bir nedene atfedilmesi anlamına gelir. Örneğin, daha önce bir travma nedeniyle TSSB'den muzdarip olduğunun farkında olan bir hak talebi sahibi, maddi tazminat elde etmek için semptomları bir araba kazasına atfedebilir (9).

Aşamalı olay düzmecesi: Kişinin bir hastalık belirtilerini aslına uygun çıkarması veya parasal ödentisi için düzmece kaza geçirmesi gibi planlı olaylar dizme halidir.

Tıbbi kayıtları değiştirme: Esas kayıtları veya kendisine kalanları yarar gözeterek değiştirir.

Semptom kapma: Kişinin daha önce geçirdiği rahatsızlığından veya çevresinden gözleyip öğrendiği bulguyu taklit etmesidir.

2.1.4. Klinik Özellikler:

İnsanlar ve hekimler, çok eski tarihlerden beri kişinin yalan söyleyip söylemediği ile ilgili kriterler oluşturmaya çalışmaktadır. M.Ö. 900 yıllarına ait bir papirüste yalancılık “Soruları cevaplayamaz, saçma konuşur, ayak parmağını yere sürter ve titrer, parmaklarıyla

saçlarının kökleriyle oynar.” şeklinde ifade edilmiştir. Zaman içinde de özellikleri pek değişmemiştir (2).

Temaruzun motivasyonları olarak 7 başlık tanımlanmıştır. Bunlar;

1. *Cezadan, dava edilmeden ya da soruşturmadan kaçma.*
2. *Askeri görev ve benzeri tehlikeli durumlardan kaçınma.*
3. *Parasal kazanç veya ödenti (tazminat) elde etme.*
4. *İşten, toplumsal sorumluluklardan kurtulma,*
5. *Cezaevinden hastaneye nakli veya salıverilmeyi sağlama.*
6. *Hastaneye sığınarak temel gereksinimleri karşılama.*
7. *Başta keyif vericiler olmak üzere ilaç temin etme (5).*

Tıp eğitimi süresince hekim hastasını şikâyetlerine göre tedavi etmeyi öğrenir ve meslek yaşamında da tedaviyi bu şekilde uygular. Klinik ortamında güven ile ilgili herhangi bir şüphe bile duyması genellikle söz konusu değildir. Ancak yukarıda sıralanan motivasyonlar mevcut ise hekimin en çok sorgulayacağı husus hastanın doğru söyleyip söylemediği ile ilgili olacaktır ve bunun ile ilgili tespiti sağlayacak en önemli unsur da hekimin deneyimi olacaktır.

Kişî temaruzu psikolojik bakımdan yapabileceği gibi bedensel bakımdan da yapabilir. Psikolojik olarak en çok taklit edilen psikiyatrik durumlar; zekâ geriliği, amnezi, nöropsikiyatrik sendromlar, psikotik bozukluklar, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğudur (5).

2.1.6. Epidemiyoloji:

Temaruz birçok klinisyen tarafından bir tanı olarak değerlendirilmediği için muayene kayıtlarına geçmemektedir ve dolayısıyla temaruz ile ilgili oran çalışmaları da oldukça azdır (5). Diğer taraftan yapılmış çalışmalar ise oldukça farklı temaruz oranları vermektedir. Saberi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 77.8 (10), McDermott ve Sokolov’un SIRS ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada temaruz oranı % 66 (11) ve Keyvan ve arkadaşları % 48.5 (12) olarak belirlemişlerdir.

2.1.6. Aldatma Davranışı Görülen Klinik Durumlar:

Klinikte aldatma davranışı farklı durumlarda görülebilir. Bunlar temaruzdan farklı olarak; hastaların bilinç dışı bir şekilde yaptığı konversiyon bozukluğu (dönüştürme ya da işlevgören nöroloji belirtisi bozukluğu) ve ikincil kazanç sağlamak için yapay bozukluk (kendine yüklenen veya bir başkasına yüklenen yapay bozukluk) şeklindedir (5,8).

Yukarıda sayılanlar dışında bedensel belirti bozukluğu (somatizasyon), alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ve kurgusal yalan (Pseudologia Fantastica) da temaruz ile ilişkili diğer durumlardır.

2.1.6.1. Yapay Bozukluk:

Yapay bozukluk, DSM-5’de kendine yüklenen ve bir başkasına yüklenen olarak iki ayrı grupta değerlendirilmektedir. Kendine yüklenen yapay bozuklukta, kişi kendisini başkalarına hasta, iş göremez ya da yaralı olarak gösterir (8). Hastalık belirtileri bedensel, ruhsal ya da her ikisini birden içerebilir. Temaruzdaki gibi belirtiler, bilinçli olup; temaruzdan ayırımındaki en önemli unsur spesifik bir amaca (sahte tazminat ya da cezadan kaçınmak gibi) hizmet etmemesidir (13).

Hastalar hastaneye cilt yaraları, sepsisemi, hemoptizi gibi çeşitli bedensel şikayetlerle başvurabilirler. Genellikle hastane hastane dolaşırlar ve invazif tetkik ve cerrahi işlemlere istekli iken psikiyatri konsültasyonuna istekli değildirler. Hastalıklarının seyri atipiktir. Bazı belirtileri kendilerinin oluşturduğuna dair kanıtları vardır. Yapay bozukluğun ortalama sıklığı %1,3 oranında tahmin edilmektedir. Bu oran nöroloji ve dermatoloji kliniğine yapılan başvurularda ise daha yüksektir. (14)

Çok ender görülen hastalık taklidi yapma, patolojik yalan söyleme ve sürekli farklı hastane ve şehir dolaşma özellikleriyle giden yapay bozukluk, Munchausen Sendromu olarak isimlendirilir. Bu hastalar genellikle 40’lı yaşlarda bekâr erkeklerdir, antisosyal kişilik özellikleri veya belirgin B tipi küme kişilik özellikleri vardır (13).

Yapay bozukluk bazen kişinin yakınına yönelik olur ki bu durum bir başkasına yüklenen yapay bozukluk (eski ismi bakım verenin yapay bozukluğu) olarak isimlendirilir. Genellikle belirtiler anne ya da bakım veren tarafından oluşturulur.

2.1.6.2. Konversiyon Bozukluğu

DSM-5'e göre;

“A. Bir ya da birden çok, istemli motor ya da duyuşsal işlev değışikliğı ile ilgili belirti gösteren,

B. Klinik bulguların söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ya da uyumsuzluk olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.

C. Bu belirti ya da eksiklik başka klinik durumla daha iyi açıklanamaz

D. Bu belirti ya da eksiklik klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur ve sağlık açısından değerlendirmeyi gerektirir.” (8)

Kliniklerinde genel görünüm açısından atipik bedensel belirti dışında dikkat çeken bir özellik görülmez. Fakat bazı hastalarda bazen abartılı ya da yapay bir görünüm olabilir. Konuşmaları genellikle normaldir. En sık görülen belirtiler ise ses kısılması (afoni) ya da konuşmama (mutizm) şeklindedir. Daha nadir olarak ise heceleme kusurları, dizatri ya da çocuksu konuşma görülebilir. Duygulanımlarında; organlarındaki çeşitli işlevsel bozukluklara karşı özel bir aldırılmazlık hali (güzel aldırılmazlık-la belle indifférence) vardır. Bu durum ayırıcı tanıda önemli olmasına karşın bütün hastalarda görülmez. Bilişsel yetiler genellikle normaldir ancak kendilerini üzen olayları ya kolay unuttur ya da anlatmak istemezler (15).

Bedensel belirtileri üç başlık altında toplanabilir;

- 1) Hareket belirtileri: Ayakta duramama, yürüyememe (astazi, abazi), kasılmalar, ayaklarda kollarda güç azalması, inmeler, tikler, dil tutulması gibi.
- 2) Duyu belirtileri: Ağrılar, hiperestezi, hipoestezi, anestezi, psikojenik sağırılık, körlük, koku alamama gibi.
- 3) Nörovejetatif belirtiler: Globus hystericus, kusma, öksürük, hıçkırık, aerofaji, öğürme gibi. (15)

Temaruz ile arasındaki farklar ise belirti ve bulgular konversiyon bozukluğunda kasıtlı değildir ve kişinin çıkarı değil kişisel ilgi ve desteğe gereksinimi söz konusudur (5).

2.1.6.3. Somatizasyon (Bedensel Belirti) Bozukluğu

DSM-5'e göre;

A. *Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.*

B. *Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar*

1) *Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler,*

2) *Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde kaygı,*

3) *Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanması*

C. *Herhangi bedensel bir belirti sürekli olarak bulunmasa da, belirti gösteriyor olma durumu süreklilik gösterir (altı aydan daha uzun süreli olarak) (8).*

2.1.6.4. Yeme Bozuklukları

Yeme miktarı ve kilosuyla ilgili yalan söylemek, bitkinlik durumunu gizlemek türünden aldatma çabaları sık görülür. Bu davranışlar hekimi yanıltmak için yapılan dissimülatif davranışlardır (5).

Blumia nervosalı hastalar anoreksiya nervosaya göre daha çok şikâyetlerini saklama eğilimindedir. Genellikle hastaneye yakınlarının şikâyetleri doğrultusunda gelirler (5).

2.1.6.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Bu hastalar muayenede madde kullanımını reddederler ve daha fazla olan kullanım sıklığını ve miktarını olandan daha az gösterme (minimilizasyon) gayreti içindedirler. Ancak bu durum bir dissimülasyondur (5).

2.1.6.6. Parafili Bozuklukları ve Cinsel İstismar

DSM-5'e göre parafili (cinsel sapkınlık) bozuklukları başlığı altında; gözetlemecilik bozukluğu, göstermecilik bozukluğu, sürtünmecilik bozukluğu, cinsel özerklik (mazoşizm) bozukluğu, cinsel elezerlik (sadizm) bozukluğu, fetişizm bozukluğu, karşıgiyim (travesti)

bozukluğu, tanımlanmış diğer bir cinsel sapkınlık bozukluğu, tanımlanmamış cinsel sapkınlık bozukluğu yer almaktadır (8).

Normalden sapan ve çoğunlukla da yasadışı statüsüne sahip oldukları bilinen bu davranışlar uzun süreli hapis cezasına gider. Cezalarını çektikten sonra çeşitli ülkelerde uygulanan güvenli bir tesiste kalmak gibi zorunlu yaptırımlar toplumsal damgalanmalarla birleşince bu kişilerde savunma için güçlü motivasyon oluşturmaktadır. Parafililerin ve cinsel istismar davranışının baskın bir özelliği, savunmanın, minimizasyonun ve yalanın varlığıdır. Savunma ve yalanlar, genellikle arzulanan bir objektif temelli gönüllü eylemler anlamına gelir. Kişi içgörü eksikliği ile davranışını aslında bir ceza yargılamasında daha kötü sonuçlar doğuracak olsa da enstest davranışını haklı göstermeye çalışabilir. Bu tür davranışlarda bulunan bireylerde aldatmacanın ve bilişsel çarpıklığın (rasyonelleştirme) çeşitli biçimleri oldukça yaygındır (9).

2.1.6.7. Kişilik Bozuklukları ve Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozuklukları, düşüncelerin ve davranışların kronik, uyumsuz bir şekli olarak tanımlanmaktadır. Yalan söylemek ya da aldatıcı davranışlar, birçok kişilik bozukluğunun ortak bir özelliğidir. Takma ad takmak, persistan yalan söylemek ya da başkalarını manüple etmek ile ilişkili olan temel kişilik bozukluğu antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) 'dur (16). Aldatma, diğer DSMV-TR Küme B sendromlarında (borderline, histrionik ve narsistik bozuklukların yanı sıra obsesif kompulsif kişilik bozukluğu) da mevcuttur. Yalanın isteyerek, bilinçli ve sıklıkla enstrümantal olduğu ASKB'da bulunan derecede olmasa da, diğer Eksen II bozukluklarında aldatma bireyin kontrolü altında görünür (9).

Antisosyal kişilik bozukluğu B kümesi kişilik bozukluğu içerisinde yer almaktadır. DSM-5'e göre antisosyal kişilik bozukluğu;

A) Aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) ile belirtili, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını umursamayan ve çiğneyen yaygın bir örüntü;

- 1. Tutuklanmasına yol açan yineleyici eylemlerde bulunmakla belirli olmak üzere, yasal yükümlülüklerle uymama.*
- 2. Sık sık yalan söyleme, takma adlar kullanma ya da kişisel çıkarı ya da zevki için başkalarını dolandırma ile belirli düzmecilik (sahtekârlık)*

3. *Dürtüsellik ya da geleceğini tasarlamama.*
4. *Sık sık kavga dövüşlere katılma ya da başkalarının hakkına el uzatma ile belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık.*
5. *Kendisinin ya da başkalarının güvenliğini umursamama.*
6. *Sürekli bir işinin olmaması ya da parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme ile belirli, sürekli bir sorumsuzluk.*
7. *Başkasını incitmesi, başkasına kötü davranması ya da başkasından çalması durumunda aldırmaçlık gösterme ya da yaptıklarına kendince bir kılıf uydurma ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme (pişmanlık duymama).*

B) *Kişi en az 18 yaşındadır.*

C) *15 yaşından önce davranım bozukluğu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.*

D) *Toplumdışı davranışlar yalnızca şizofreni ya da ikiüçlü bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.” (8)*

Antisosyal kişilik bozukluğu psikopatik ya da sosyopatik kişilik bozukluğu ile eşanlamlıdır. Erkeklerde 3 kat daha fazla görülmektedir. Çocukluk çağında davranış bozukluğu tanısı olan kişiler yetişkinlikte bu tanıyı alırlar. Gördükleri cezalardan ya da olumsuz tecrübelerden ders almazlar. Kavgacılık, sahtecilik, hırsızlık, alkol ve başka psikoaktif maddelere ya da kumara düşkünlük, aile yaşamında problemler yaşarlar. İlişkileri süreklilik göstermez, tutarlı değillerdir. Dürtülerini engelleyemezler. Kontrolsüz, impulsif ve saldırgan özellikler gösterirler. Üstbenlikleri gelişmemiş gibidir ve genellikle suçluluk duymazlar. Dıştan gelen engel ve yargılamalara aldırmaçlar, dürtüsel doyum, haz ilkesi her şeyin üzerinde gibidir (16). Bu kişilerin temel problemi bir karar verdikten sonra oluşabilecek olası riskleri görüp bu risklerden kaçınmaya engel olan bir “gelecek miyopisi”dir (16). ASKB tanısı olan bireyler, tecrübe edilen negatif deneyimlerden ders çıkartıp, benzer durumlarda ya da bir sonraki aşamada tecrübe edinilen bilgiyi kullanmada sorun yaşamaktadırlar (16).

Temaruz ile ilgili yukarıdaki bölümlerde değinildiği üzere DSM-5’e göre antisosyal kişilik bozukluğunun mevcudiyeti temaruzu düşündürmelidir. Bunun yanısıra bazı çalışmalarda ise antisosyallikle temaruz arasında direk bir ilişki kurulmasının doğru olmadığını bunun da aslında psikopati ölçeği ile yapılan değerlendirmelerde ortak bir

metodoloji olmaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden araştırmacılara psikopatlar değerlendirilirken temaruzun olduğunun varsayılması önerilmektedir (17). Diğer bir deyişle, psikopatlık temaruzun yerini almamalı ve temaruzun belirtisi veya öngörüsü olarak kullanılmamalıdır (9).

2.1.6.8. Kurgusal yalan (Pseudologia Fantastica)

Patolojik yalan söyleme 100 yılı aşkın bir zaman önce tanımlanmış olsa da hala çerçevesi tam oluşturulamamış bir kavramdır (18). Orantısız ve olağandışı yalan söylemek olarak tarif edilen patolojik yalan kavramı morbid yalan ya da mitomani ile de ifade edilebilir. Çoğu kez yapay bozukluk belirtisi şeklinde olurken kendilerini önemli atfetmek, saygınlıklarını arttırmak ve bazen öç almak için de olabilir (5).

2.1.7. Temaruz ile İlişkili Diğer Durumlar

Hekimleri aldatici davranış başka durumlarda da görülebilir. Sıklığı oldukça yüksek olan bu durumlar; hatalı bellek sendromu, çocuk velayeti değerlendirmeleri ve kronik yorgunluk sendromudur.

2.1.7.1. Hatalı Bellek Sendromu

1992 yılında yanlışlıkla cinsel tacize uğradığını iddia eden bir savunma örgütü olan Hatalı Bellek Sendromu Vakfı (FMSF), iyatrojenik olarak yaratılan çocuklukta cinsel taciz anılarını içeren yeni bir sendrom keşfettiğini açıklamıştır. Burada kişilik faktörleri ve terapistin tutumu önemli yer tutmaktadır.

2.1.7.2. Çocuk Saklama ve Ebeveyn Yabancılaşma Sendromu

DSM-5 ve ICD-10 gibi klavuzlarda yer almayan bu durum tartışmalı bir konudur. Klinik bir tanımı olmayan bu kavram daha çok velayet davalarında bir ebeveyn karşı tarafı çocuk için yabancılaştırmaktadır. Ancak bu durumu bir hastalık olarak ele almak doğru olmayacaktır. Daha çok Amerika'da özellikle velayet davalarında avukatlar tarafından kullanılan bir durumdur (19).

2.1.7.3. Kronik Yorgunluk Sendromu ve İlişkili Diğer Durumlar

19. yüzyıldan bu yana bilinmekte olan kronik yorgunluk sendromu, tanım ve sınırları bakımından zaman içinde büyük bir değişim yaşamış olup genel olarak aktivitede azalmanın yanısıra romatizma, enfeksiyon ve nöropsikiyatrik belirtilerle giden bir tablo olarak tanımlanmaktadır. Kesin nedenleri ise henüz anlaşılamamıştır (20). Bu yüzden işten ayrılma ya da özürölük ödemeleri gibi motivasyonlar göz önüne alındığında temaruz potansiyeli kesinlikle mevcuttur (9).

2.1.8.Temaruzun Klinik Görünümleri ve Saptanması

2.1.8.1. Zeka Geriliği Taklidi

Zeka geriliği taklidi en çok görülen temaruzlardan biridir. Hekimin kişiyi muayene ederken geçmiş bilgilerini kullanması önemlidir. Eğitim seviyesi ve toplumsal işlevselliği muayene sırasındaki testler ya da bulgular ile genellikle uyumsuzdur (5). Rey Memory Test, Rey Dot Counting Test, Structured Interview of Reported Symptoms Test ve Memory Malingering Test kullanılabilen çeşitli ölçeklerdir (21).

2.1.8.2. Amnezi ve Hafıza Kaybı Taklidi

Amnezi nedenleri iki başlık altında toplanabilir:

Nörojenik nedenler; alkol veya ilaç intoksikasyonu, anoksi veya hipoksi, delirium (alkol/madde çekilme sendromu ve tıbbi hastalıklar), kontüzyon/travmatik beyin hasarı, serebrovasküler hastalık (inme gibi), demans, hipotermi, beyin enfeksiyonu (herpes ensefaliti gibi), intrakranial tümör, metabolik hastalık, nöbetler, konvülsiyonlar, tromboembolik inme, viral ensefalitler ve vitamin eksikliği (Wernicke ensefaliti gibi).

Psikojenik nedenler; Psikojenik dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, dissosiyatif kişilik bozukluğu ve yapay bozukluktur.

Adli olaylarda en sık dissosiyatif amnezi taklit edilir (22). Mahkemelerine göre ise şöyle bir ayırım yapmak mümkündür. Nörojenik kaynaklı amnezi temaruzu daha çok hukuk davalarında görülürken; psikojenik kökenli amnezi temaruzu ise sıklıkla ceza davalarında görülmektedir (23).

Disosiyatif amnezi genellikle yapısal beyin hasarının yokluğunda işlev gören şiddetli derecede bozulmuş retrograd hafıza ile karakterize bir durumdur. Cinayet davalarında sanıkların yaklaşık olarak üçte biri olay esnasında amnezi olduğunu iddia ederler (24).

Temaruz yapan kişiler sıklıkla belirli zaman dilimine uyan bir amnezi taklidi yaparlar. Amnestik tabloya temaruz tanısı koymadan önce mutlaka diğer nedenler dışlanmalıdır (5). Ayrıca klinikte hekime yol gösterici ya da yardımcı hafıza kaybı temaruzu için yapılandırılmış çeşitli testler vardır. Bunlar; Amsterdam Short-Term Memory Test (ASTM test), b Test, Computerized Assessment of Response Bias (CARB), Digit Memory Test a, Letter Memory Test, Medical Symptom Validity Test, Memory for 16 Item Test (modified Rey MFIT), Portland Digit Recognition Test (PDRT), Rey Memory for 15 Item Test (MFIT) ve varyantları, Rey Word Recognition List, Victoria Symptom Validity Test (VSVT), Test of Memory Malingering (TOMM), Word Completion Memory Test (WCMT), Word Memory Test (WMT)'dir (24).

2.1.8.3. Psikoz Taklidi:

Psikoz simülasyonunun tanısını koymak klinisyenin uzmanlaşmış, sistematik bir yaklaşım izlemesi ve birden fazla tamamlayıcı veri kaynağı düşünmesini gerektiren karmaşık bir çabadır. Zorluk derecesi temaruzu yapan kişinin bilgi ve becerisine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Gerçek psikotik semptomların bilgisi nispeten daha zayıf olan simülatifler kolay tespit edilebilir. Ancak zeki olan ve psikozla ilgili detaylı bilgilere sahip olan simülatifler tecrübeli klinisyenleri bile aldatabilir (7).

Rosenhan 1973 yılında yaptığı çalışmada; çok atipik işitsel varsanılara sahip olan sekiz simülatif hastayı değerlendirmiştir. Sekiz hasta psikiyatri hastanelerine kabul edildiklerinde psikotik belirti simülasyonunu durdurdular ancak hepsine şizofreni tanısı kondu ve 9-52 gün arasında hastanede yatırıldılar. Yöntemsel kısıtlılıklarına rağmen, bu çalışma klinisyenlerin sahte psikoz bulma yeteneğini sorgulamak için kullanılmıştır (5).

Birçok çalışma nadir semptomların ve belirsiz semptomların potansiyel olarak etkili tespit stratejileri olduğunu düşündürmektedir (7). Pollock 1998 yılında yaptığı çalışmada gerçekten psikotik, psikoz temaruzu yapanlar ve geçmiş psikotik öyküsü olup temaruz yapanlar şeklinde üç farklı mahkum grubunun halüsinasyonları hakkında 40 soruluk ayrıntılı bir soruşturma yapmıştır.

Psikoz taklidi yapan mahkumların aşağıdaki özelliklere sahip olması daha muhtemeldir:

- Sunum: belirsiz ve anlaşılmaz; birkaç kelime; aksan eksikliği; sürekli varsanılar; bir saatlik süreden fazla
- Değer düşüklüğü: kontrol edilemez, dayanılmaz
- Komut halüsinasyonları: daha sık, sıklıkla itaat edilen, daha sıklıkla cezai bir suçla bağlantılı
- Diğer psikotik belirtilerin göreceli yokluğu: sanrılar, diğer duyu varsanıları ve düşünce yayıncılığı (25).

Daha önceleri, psikoza olup da psikoza taklit eden tutsaklar gerçek psikozlu tutsaklara benzemektedirler (25). Bu kişilerin taklitleri mental bozukluğun karikatürize edilmesi olarak değil de kendilerinin önceki psikozlarına dayandığından ayırt etmek güçtür.

Atipik halüsinasyonlarla başvuran kişiler bu halüsinasyonları hakkında çok detaylı olarak sorgulanmalıdır. Mevcut halüsinasyonların ve mevcut işleyiş üzerindeki etkilerini tartışmadan önce, kişiden geçmiş halüsinasyonları ve onlara verdiği cevapları açıklaması istenmelidir.

Psikozda orijinal psikotik belirtilerin kendilerini nasıl ortaya çıkardığının kapsamlı bir şekilde anlaşılması, halüsinasyon simülasyonlarının tanınmasında klinisyenin en büyük dayanağıdır.

Orijinal halüsinasyonların ortak özellikleri:

- Birlikte oluşum: Halüsinasyonlar genellikle sanrılarla (% 88) ilişkilidir.
- Sıklık: Gerçek halüsinasyonların kesintisiz olmaktan çok aralıklı olması muhtemeldir.
- Nadir semptomlar: Koku ve dokunsal halüsinasyonlar, genel tıbbi nedenler veya geç başlangıçlı şizofreni ile ilişkili olanlar hariç nadirdir.
- Tedaviye tepki: Hemen iyileştirme olasılığı düşük; antipsikotik ilacın ilk başlatılmasından sonra halüsinasyonların ortadan kaldırılması için geçen gün sayısı 27'dir (7).

Psikoz temaruzunu değerlendirmek için bir takım psikometrik ölçekler mevcuttur. Bunlar; SIRS, M-FAST gibi ölçeklerdir. Bunların MMPI-2 ve PAI gibi ölçeklerle geçerlilikleri vardır.

2.1.8.3.1. İşitsel Halüsinasyonlar:

Baethge ve arkadaşları psikiyatri kliniğine yatırılmış 4972 hastada işitsel halüsinasyonlar üzerine çalışmışlardır. Hastalığa bağlı halüsinasyon prevalansı şizofrenide % 61.1, bipolar bozukluk (miks tip) % 22.9; bipolar bozukluk manik tipte % 11.2; bipolar bozukluk depresif tipte % 10.5 ve unipolar depresyonda % 5.9 olarak görülmüştür (26). Tüm teşhislerin karşısında, halüsinasyonlar, özellikle koku duyusu, sanrılarla anlamlı şekilde ilişkilidir. Ayrıca bireylerin kültürel özelliklerinin de halüsinasyonlar ile ilişkili olduğu unutulmamalıdır (7).

Gerçek halüsinasyonları olan hastalar genellikle bunlardan endişelenir ya da üzülürler (%81) (7). şizofrenide halüsinasyonların teması sıklıkla kötülük görme ya da yol göstermedir. Sesler sıklıkla tehditkr, müstehcen, suçlayıcı veya hakaret edicidir (27). şizofreni halüsinasyonları, hasta veya diğerlerinin faaliyetleri hakkında ego-distonik, küçümseme yorumları içermektedir (28,29) Negatif içerik cinselliğe odaklanabilir. Nayani ve David 100 psikozlu ile yaptıkları çalışmada halüsinasyonların kadınları ahlaksız ve erkekleri homoseksüel olarak nitelendirerek aşağılayıcı olarak deneyimleyebileceğini bulmuştur (30). Bu tür seslerin sahte olması muhtemel değildir, çünkü içerik genellikle damgalanmaktadır. şizofrenide müzik halüsinasyonları gibi halüsinasyonlar nadirdir bunlar ancak beyin patolojileri birlikteliğinde görülür (7).

Komut halüsinasyonları, kolaylıkla retilabilir ve davranışları mazur kılmak için kullanılabilir. Bununla birlikte komut halüsinasyonları Eksen I bozukluğu olanlarda yaygındır. şizofreni ve duygudurum bozukluğu olanlarda, alkol geri çekilme halüsinasyonları olanlarda görülebilir. Komut halsinasyonuna sahip orijinal hastalar, genellikle istenmeyen varsanılar ve sanrılar gibi diğer psikotik belirtileri gösterirler. Dahası, komut halsinasyonlarına uyum, genellikle süreci yönlendiren psikolojik değişkenlerin (rneğin, sesler ve birlikte var olan sanrılar hakkındaki inançların) birleşik etkisidir (31). Bu nedenle, diğer psikotik belirtilerin yokluğunda izole bir komut halüsinasyonu iddia eden biri yakından değerlendirilmelidir (25). Ayrıca bu komutlara hepsi uymayacaktır. Tehlikeli komutlara uyma olasılığı ise daha düşüktür (32). Pollock akıl hastalığını taklit eden mahkmların gerçekten

psikopatik mahkumlardan çok, komut halüsinasyonlarını iddia etmeleri ve onlara itaat etmek zorunda kaldıklarını iddia etmeleri daha muhtemel olduğunu bulmuşlardır (25).

Gerçek halüsinasyonları olan hastalar bu halüsinasyonlardan kurtulmak için bir takım stratejiler geliştirmişlerdir. TV izlemek, müzik dinlemek ya da kişinin kendi pozisyonunu değiştirmesi gibi. Elbette bu çabalar daha çok kötü niyetli halüsinasyonları olanlar da görülürken daha iyi niyetli halüsinasyonları olanlar da görülmeyecektir. Bunun yanı sıra, halüsinasyon ile ilgili temaruz yapan kişi ise komutlara uymak zorunda olduğunu iddia edecektir (7).

Gerçek halüsinasyonu olan hastalar çoğunlukla (%98) halüsinasyonlarının işyerinde zorluk, duygusal zorluk gibi ciddi yan etkileri olduğunu söylemişlerdir. Ancak hastaların yaklaşık yarısı da kendilerinde olumlu etkiler bıraktığını söylemişlerdir. Bu yüzden halüsinasyonların etkileri üzerinden bir ayrıma gitmek doğru olmayacaktır. Diğer bir unsur halüsinasyonlarını nelerin arttırdığıdır. Hastaların önemli bir kısmı halüsinasyonlarını kendilerinin arttırdığını söylemiştir. TV ya da radyo gibi önemli halüsinasyonlar de bunu arttırmaktadır. Gerçek halüsinasyonu olan hastalarda sesler fısıltıdan gürültüye kadar değişebilir hatta ikisi birden aynı hastada görülebilir. Temaruz yapanlar ise sıklıkla yapmacık ve anlaşılmasız halüsinasyonları olduğunu iddia edecektir (7).

2.1.8.3.2. Görsel Halüsinasyonlar:

Gerçek hastalarda görülme oranı %24-30 oranında değişmektedir. Genellikle normal insan boyutunda ve renkli olarak görürler. Küçük insan halüsinasyonları genellikle şizofrenide nadirdir. Gerçekte küçük insan halüsinasyonları (Liliputian halüsinasyonlar) alkol kullanımı ve organik hastalık ya da antikolinergik toksisitesinin neden olduğu psikoz nedeniyle görülebilir. Görsel halüsinasyonlar değerlendirilirken diğer özellikleri de göz önüne alınmalıdır. Gözler açık veya kapalı iken halüsinasyonlar tipik olarak değişmez. Aksine uyuşturucuya bağlı halüsinasyonlar gözler kapalı ya da ortam karanlıkken daha kolay görülür. Işık, gölgeler veya hareketli cisimlerin dökülmesi gibi şekillendirilmemiş varsanılar tipik olarak nörolojik hastalık ve madde kullanımı ile ilişkilidir (7). 60 yaş üzeri kişilerde görsel halüsinasyonlar, göz patolojisini, özellikle de kataraktı düşündürür (33). Dramatik veya atipik görsel varsanılar temaruz yönünde şüphe uyandırmalıdır.

2.1.8.3. 3. Özgün Halüsinasyonlar:

Alkol bağımlılığı halüsinasyonu, alkol alımının kesilmesini veya azaltılmasını takiben, genellikle oldukça canlı halüsinasyonlara neden olur. En yaygın olarak da işitsel halüsinasyonlar görülür ve gürültü, müzik veya anlaşılmaz sesler şizofreniden daha olasıdır. Alkol kaynaklı bir psikotik bozukluğun işitsel halüsinasyonları genellikle kötü huylu, rahatsız edici veya tehditkardır ve genellikle bir hafta veya daha kısa sürer. Alkollü işitme halüsinasyonlarının ana temaları maneviyat, zulüm ve günlük işlerin yönetimiyle ilgili talimatlardır. Hastaların çoğunluğu o sırada halüsinasyonların gerçek olduğunu düşündükleri halde daha sonra onların gerçek olmadığını fark ederler. Alkolikler tipik halüsinasyonlardan korkarken, şizofreni hastaları rahatsızlıkları boyunca onlarla daha çok rahatlarlar (7).

Genel tıbbi veya nörolojik rahatsızlığa bağlı halüsinojenler sıklıkla belirgin görsel varsanların yaygınlığı ve düşünce bozukluğunun yaygınlığı, bizar (tuhaf) davranış, negatif belirtiler ve hızlı konuşma (34) nedeniyle şizofreniden ayırt edilebilmektedir. Dokusal halüsinasyon sıklıkla kokain kaynaklı psikozda (örn., "Kokain böcekleri") görülür ve bazen kişinin aşırı çizilmeyle cildi tahrip etmesine neden olan kutanöz veya cilt altı tahriş hissi içerir. Şizofreni hastalarının aksine, kokain kaynaklı psikoz hastaları, genelde kimlikleri, görkemi ya da ailelerinin sahtekar olduğu yönündeki inançları (Capgras sendromu) (35) belirtmezler. Bazı nörolojik sendromlar, parlak renkler ve dramatik ortamlarda genellikle hayvanları ve insan figürlerini içeren çarpıcı ve nispeten stereotiplendirilmiş karmaşık görsel halüsinasyonlar üretebilir. Kompleks görsel halüsinasyonların en yaygın nedenleri epileptik bozukluklar, beyin sapı lezyonları ve görme yolu lezyonlarıdır. Beyin sapı halüsinasyonlarında hastalar gerçek ile halüsinasyonu birbirinden ayırt edemez. Senestezik halüsinasyonlar vücut organlarında değişmiş durumların temelsiz duyumlarıdır. Örneğin, bir psikotik hasta kan damarlarında itici bir his veya kemik iliğinde bir kesme hissi olduğunu belirtebilir (7).

2.1.8.3. 4. Delüzyonlar:

Gerçek sanrılar içerik, tema, sistemleşme derecesi ve kişinin yaşamıyla alakalı olarak değişir. Çoğu sanrılar; hastalık (bedensel sanrılar), grandiyösite, kıskançlık, aşk (erotomani), zulüm, din ve mülk sahibi olma ile ilgilidir. Perseküsyon (kötülük görme) sanrıları, diğer sanrı türlerinden daha fazla etkilemektedir. Genel olarak sanrısız sistemler, kişinin zekâ düzeyini karmaşıklık ve incelik açısından yansıtabilir. Nihilizmin, yoksulluğun, hastalığın ve suçluluk duygusunun delili sıklıkla depresyonda görülür. Psikomotor gerilik, suçluluk, değersizlik

duyguları ve artmış intihar düşüncesi ve niyet düzeyleri psikotiklerde psikotik olmayan depresyondan daha sıktır. Teknik nitelikli sanrılar (ör. Bilgisayar çipleri, telefonlar gibi), kadınlara göre yedi kat daha sık olarak erkeklerde görülür. Temaruz da kişiler sanrılarının aniden başlayıp bittiğini iddia edebilir. Gerçekte, sistematik sanrılar genellikle haftalarca sürmekte ve kaybolmaktadır. Antipsikotik ilacın ilk başlatılmasından sonra sanrılarının tamamen temizlenmesinin ortalama süresi 73 gündür. Temaruzda delüzyonlar genellikle persekütardır zaman zaman ihtişamlıdır ancak nadiren (depresyon hariç) fazla mütevazidir. Düzensiz konuşma sergileyen şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olan çoğu birey de garip sözsüz davranışlara ve tuhaf inançlara sahiptir (36). Gerçek sanrılar için, daha tuhaf içerik çoğunlukla daha dağınık düşünme ile ilişkilendirilir. Bu nedenle, şüpheli sanrılar olduğu iddia edildiğinde, klinisyen ilgili davranış ve konuşma kalıplarını dikkatle düşünmelidir. Gerçek sanrılarla, bireyin davranışları sanrılarının içeriğine sıklıkla uygundur. Gerçek sanrılar olan bireyler sanrılarıyla sıkı sıkıya duygusal bir bağ kurarlar ve genellikle bu kişilerin çalışma ortamındaki fonksiyonları kötüdür ve hastaneye kaldırılma olasılıkları yüksektir. Bu yüzden kişilerin iş performansı ve toplumdaki işlevselliği de dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Alzheimer demansı ile birlikte görülen hezeyanlar sıklıkla bakıcılarının hırsızlık ya da hilekârlık yapmaları konusunda paranoyak inançları içerir. Halüsinasyonları olan hastaların çoğunda delüzyonlar da eşlik eder. Delüzyonlar, depresyon, anosognozi (hastalığın farkında olmamak), açık saldırganlık ve ajitasyon ile önemli oranda ilişkilendirilmiştir (7).

2.1.8.4. Mutizm Taklidi:

Mutizm taklidi psikoz temaruzunun bir parçası olarak ya da tek bir semptom olarak oluşturulabilir. Yine de uzun bir süre konuşmamak zor bir iştir ve gerçekten karşılığında ceza almamak gibi bir kazanç yok ise denenmeyecektir (5). Gerçek mutizm katatoni olan ya da olmayan şizofrenlerde görülebilir. Katatoni göstermeyen mutizm paranoid şizofrenlerde ya da paranoid tutumdan dolayı iletişim kurmak istemeyen hastalarda görülebilir. Ayrıca uzun dönem izole edilmiş şizofreni hastalarında da görülebilir. Katatonik şizofreni ise Amerika ve Avrupa’da onlarca yıldan fazla süredir görülmemektedir (7).

Katatonik mutizm, şiddetli depresyon, mani ve kısa dissosiyatif hallerde de görülebilir. Tıbbi nedenler arasında kafa travması, herpes ensefaliti, tersiyer sifiliz, frontal lob lezyonları, fensiklidin kullanımı, postiktal durumlar, akinetik mutizm ve Wernicke ensefalopatisi gibi

nörolojik hastalıklar yer alır. Diğer nörolojik bozuklukların eşlik ettiği inme nedeniyle mutizm son derece yaygındır. Ancak diğer nörolojik bulguların eşlik etmediği inme kaynaklı mutizm ile ilgili ise literatürde yalnızca bir vaka yer almaktadır. Uzun süreli mutizm ya da katatoniye taklit etmek zordur. Şüphe edilen olgularda uzun klinik gözlem yerinde olacaktır. Örneğin yatağında uyurken aniden uyandırılan bir hasta temaruz yaptığını unutarak soruya cevap verebilecek ya da hekim ile görüşme esnasında konuşmaz iken diğer hastalarla iletişim içinde olabilecektir (7).

Temaruz yapan kişiler genellikle bilişsel bozukluğu taklit ederler. Şizofreni hastalarından daha fazla oranda kaçamak yanıt verirler. Temaruzcular, yanıt vermekten kaçınmak için ya da başarıyla kandırmak için soruyu tekrarlayabilir ya da daha yavaş cevaplar verebilir. Temaruzcular genellikle basit sorulara belirsiz ya da kısıtlı yanıtlar verirler. Temaruzcular, psikotik düşüncenin şeklini ve sürecini sahte bir aldatmacının bile taklit edemeyeceği kadar çok zorlarlar. Konudan sapma (derailment), yeni fikirler, gevşek ilişkiler ve kelime salatası gibi resmi düşünce bozukluklarının belirtileri nadiren simüle edilir. Temaruzcu kişinin bir fikri tekrarlama istenirse, şizofreni hastası olan gerçek bir hastada sıklıkla teğetsel hale gelecek iken temaruzcular tamamıyla tekrar edebilecektir. Konuşma ile ilgili olarak, temaruzcu kişiler, nadiren perseverasyon gösterirler; bu durum iyi hazırlanmış bir temaruzcudan ziyade beyin patolojisini düşündürmelidir. Temaruzcular, şizofreninin göze çarpmayan belirtilerini negatif semptomları gibi (künt affekt, aloji, bozulmuş etkileşim, avülsiyon) taklit etmezler. Aksine pozitif belirtileri (halüsinasyon ve delüzyonlar gibi) kendi doğalarından dolayı daha kolay taklit edilebilir bulurlar. Ayrıca temaruzda belirtilen şikayetler her zaman tanımlayıcı bir kategoriye girmeyebilir; çeşitli bozukluklardan gelen belirtileri temsil edebilir (7).

Gerçek şizofreni hastaları da temaruz yapabilirler. Örneğin annesi kokain parası vermediği için annesini öldüren kısmi remisyonda bir şizofren annesini öldürmesinin nedenini “Tanrı’dan bu şekilde emir aldığı” için yaptığını söylemiştir. Bu durumlarda kişinin hastalığının tıbbi belgelerde yer alması, raporlarının olması klinisyenin muayene esnasında daha şüpheli olmamasına neden olacaktır (7).

Klinisyen değerlendirme esnasında temaruz yapan kişiye bunu anladığını gösterecek bir tavırdan sakınmalıdır. Çünkü kişi karşı tarafın anladığını farkedirse daha savunmacı olacaktır. Bu da değerlendirmeyi güçleştirecektir. İlk aşamada kişi değerlendirilirken kendi

belirtilerini ifade edebileceği açık uçlu sorular sorulmalıdır. Daha sonra bunlara yönelik detaylı sorular sorulmalıdır. Mutlaka daha önce bir şekilde psikozlu olan bir hastayı gözlemleyip gözlemlemediğini anlamak için hastaneye yatıp yatmadığı sorgulanmalıdır. Kişi ile ilgili tüm dosya, diğer kişilerin ifadeleri, olay ile ilgili duruşma tutanakları detaylı bir şekilde incelenmelidir. Çok zor vakalarda, hastanede yatırılarak değerlendirme yapılmalıdır. Çünkü psikoz taklidi, 24 saatten daha fazla sürdürmek için oldukça yorucudur. Beklenmedik semptomlar olduğunda mutlaka sorgulanmalıdır çünkü çok ciddi hastalığı olanlarda bile beklenmedik semptomlar neredeyse hiç bildirilmemiştir. Klinisyen kişide tutarsızlıklar veya çelişki olduğuna dair kanıtlara mutlaka dikkat etmelidir. Örneğin, psikiyatristin yanında oldukça dağınık görünen bir hasta diğer hastalarla satranç oynuyor olabilir. Ceza davaları değerlendirilirken davalının kısa süre içinde hastanede muayenesinin yapılması kişinin daha stratejik bir plan yapmasını engelleyecektir. Ayrıca olayda başka bir suç ortağı varsa, bu durum genellikle psikoz olarak değerlendirilmeyecektir. Çünkü başka biri gerçek bir psikotik olaya karışmayacaktır (7).

Ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken bir diğer durum kronik yorgunluk sendromudur. Bu sendromda yaygın anksiyete, ajitasyon, algısal çarpıtmalar, agresif fantezi ve intihar düşüncesi gibi bulgular mevcuttur. Bu nedenle, atipik psikozun bir resmine benzeyebileceği için kronik yorgunluk sendromuna oturan veya yakın geçmişte tanısı olan mahkûmları değerlendiren klinisyenler bu fenomenin farkında olmalıdırlar.

2.1.8.5. Travmatik Beyin Hasarı Taklidi

Genel olarak travmatik beyin hasarı; kafatasına künt bir kuvvetle veya akselerasyon-deselerasyon kuvvetleri ile beyinde meydana gelen travma ve ortaya çıkan belirti ve semptomların varlığı ile tanımlanır (37).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, her yıl yaklaşık 1.5 milyon yeni travmatik beyin hasarı vakası ortaya çıkmaktadır (38). Travmatik Beyin Hasarlarının neredeyse % 80'i "hafif" olarak sınıflandırılmış olmasına rağmen, rapor edilmeyen önemli vakalar nedeniyle bu oran muhtemelen hafife alınmıştır. Hafif TBH hastaları, adli nöropsikolojik uygulamada görülen vakaların çoğunluğunu da temsil eder ve önemli klinik zorluklar ortaya koymaktadır. Beyin sarsılması (kontüzyon) ve hafif TBH terimleri bazen birbirlerinin yerine kullanılır. Orta ve ağır TBH'nin tersine, hafif TBH genellikle geleneksel nörogörüntülemelede saptanamaz. Sınıflandırma da Glaskow Koma Skalası kullanılır. Hafif TBH'de Glaskow Koma Skalasında

skor 13-15 arasında değişir. Hafif TBH'lerin %90'ı iyileşir ve 3 aydan sonra asemptomatiktir. Yani 3 aylık süreden sonra hekimler için bir bulgu çok büyük olasılıkla kalmayacaktır. Ancak 3 aylık süre içinde gelse bile gerçek hasta ile temaruz yapanı ayırt etmek için tek bir profil yoktur. Hastalarda baş dönmesi, baş ağrısı, yönelim bozukluğu, hafıza kaybı (genellikle geçici), dikkat eksikliği ve yavaş bilişsel işlem hızı gibi akut (yani yaralanmadan sonra 24 saatten daha az) ve postakut belirsiz semptomlar vardır. Buradaki zor bir konu da bulguların bu hastalığa (TBH) spesifik olmamasıdır (38).

şiddetli TBH, tipik olarak GKS skorları 3-8 ve / veya travma sonrası amnezi > 48 saat ile tanımlanır. TBH ne kadar şiddetli ise, iyileşme süresi o kadar uzun ve sonuç o kadar kötüdür. Ciddi TBH ile penetran yaralanmalar, subdural hematom ve diffüz aksonal yaralanma hafif yaralanmalara kıyasla daha sık görölmektedir. şiddetli TBH genellikle sıkı nörolojik bulguları (örn., Non-reaktif pupiller) ve diğer travmatik yaralanmaları (örn. Omurilik yaralanması) içerir. Ağır vakalarda nörocerrahi müdahale ve daha yüksek komplikasyon oranları da görölmektedir. şiddetli beyin hasarı gören bireylerde öğrenme ve hafızada bozukluk, dikkat ve yoğunlaşmada bozukluk bulguları, zihinsel işlem hızının yavaşlaması ve yanılsamalı sendromları (örn., bilişsel flaksibilitenin zayıflaması) içerir. Komanın uzunluğu (yani hasta komutları izleyene kadar geçen süre), bilişsel bozukluk derecesini belirler (39). Ağır TBH için % 20 ile % 40 arasında "iyi" iyileşme sağlanmaktadır. Ağır TBH vakalarının temaruzu pek görölmemekte ya da düşünölmemektedir. Çünkü bu durum tıbbi olarak belgelenebilmektedir.

DSM-5'e göre travmatik beyin yaralanmasına bağlı yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk;

- A. *Yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk için tanı ölçütleri karşılanmaktadır.*
- B. *Aşağıdakilerden bir ya da birden çoğu ile belirli çarpma ile beyin yaralanmasının (diğer bir deyişle, aşağıdakilerden biri ile birlikte, baş ya da diğer hızlı devinim düzenekleri üzerine etkisi olan ya da beynin kafatası içinde yer değiştirmesine yol açan bir olayın) kanıtı vardır:*
 - 1. *Bilinç yitimi*
 - 2. *Çarpma sonrası unutkanlık*
 - 3. *Yönelim bozukluğu ve konfüzyon*

4. *Nöroloji bulguları (örn. Nörogörüntüleme yaralanmayı gösterir; yeni başlayan katılmalar; daha önceden var olan katılma bozukluğunun belirgin olarak kötüleşmesi; görme alan kesikleri; koku almazlık (anozmi); tek yanlı inme (hemiparezi)*

C. *Nörobilişsel bozukluk, çarpmayla beyin yaralanmasından kısa bir süre sonra ya da bilinçlilik durumunun kazanılmasından kısa bir süre sonra kendini gösterir ve akut yaralanma sonrası eve geçtikten sonra da sürer (8).*

2.1.8.5.1. Postkontüzyonel Sendrom:

Postkontüzyonel Sendrom kafa travması sonrası oluşan ve üç alanda eksiklikler ortaya çıkaran bir durum olarak tanımlanır. Somatik (nörolojik - genellikle baş ağrısı, yorulma eğilimi), psikolojik (duygusal değişim, motivasyon eksikliği, anksiyete ya da duygusal değişkenlik) ve bilişsel bozukluk (dikkat eksikliği, dikkat ve konsantrasyon) şeklindedir (40,41). PKS tartışmalı bir konudur. Çünkü yaralanmanın akut psikolojik etkilerini (örneğin anksiyete ve dikkatin diğer engelleri) nörokognitif değerlendirmelerden ayırt etmek, beyin sarsıntısında nörolojik görüntüleri nasıl yorumlayacağını bilmek ve gerçek bir engellilik olup olmadığını belirlemek zordur. Şikayetler çoğunlukla öznel olduğu için temaruz riski oldukça yüksektir. (40)

2.1.8.5.2. Ayırıcı tanı:

Ayırıcı tanıda depresyon, TSSB ve ağrı düşünülmesi gereken en önemli tanılardır. Depresif bozukluklar, hafif TBH hastalarının yaralanmasından 12 ay sonra neredeyse % 14'ünde görülür (genel yetişkin popülasyonunun 4 katıdır) (37,42). Depresyonda tipik olarak daha düşük bir motivasyon vardır ve bu da tipik olarak kognitif alanda temaruzun bir korelasyonudur. Hafif TBH ile en fazla çakışan durum depresyondur ancak birebir çakışmaz. Efor gösterilecek testlerde depresyon hastaları daha fazla bellek sorunu yaşarlar ancak aynı testin yapılandırılmış versiyonlarda daha az problem yaşarlar. Postakut dönemde bulgular da birbirine girmişse ayırt etmek güç olacaktır. Bu durumda da travma sonrası geçen zamanın uzun olması hafif TBH'den ayırt etmek için yol gösterici olacaktır. Yine de iki durumun birbirinden ayrımı ancak iyi bir klinik görüşme ile yapılabilir.

TSSB'nin temel özelliği, yaşamı tehdit eden travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra (örneğin, şiddetin mağduru, tanıkları olmak ya da yakınlarının başına geldiğini öğrenmek)

hastalık semptomlarının gelişmesidir. Yalnız TSSB hastalarında dikkat, yoğunlaşma, hafıza ve organizasyon problemleri gibi nöropsikolojik şikayetler bulunur. Bu yanıyla da TBH ile çalışmaktadır. Ancak son çalışmalar, TSSB'nin hafif TBH'yi takiben daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir (37).

Üçüncü önemli husus ağrıdır. Ağrı doğal olarak rahatsız edici olmakla birlikte, aynı zamanda bilişsel etkinliği engelleyen ayrı psikolojik bir durum ortaya çıkarmaktadır. Baş ağrısı diğer ağrılardan daha sıklıkla görülmektedir. Ayrıca hafif TBH'de orta ve şiddetli TBH'ye oranla daha fazla görülmektedir. Ağrının temaruzu %34 kadar yüksek bir oran olarak tahmin edilmektedir (37). Nöropsikolojik testler içinde ağrı testleri olmasa da bazı bilişsel ölçümler değerlendirmede faydalı olabilir.

TBH'de kullanılan spesifik nörokognitif testler; Kaliforniya Sözel Öğrenme Testi (California Verbal Learning Test), Digit Span and Reliable Digits, Category Test, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-2, Kişilik Değerlendirme Envanteri'dir. Ancak özellikle adli tıp uygulamaları açısından da önem arz eden testler; 21-Item Test, Validity Indicator Profile, The Digit Memory Test ve Test of Memory Malingering (TOMM)'dir (37).

Hafif TBH ve PKS değerlendirilirken, hastalığın başlangıcı, hastalığın ne tarz sonuçlar doğuracağı bilinmeli. Herhangi bir sekonder kazanç var mıdır bakılmalı, taklit yapıp yapmadığına ilişkin geçerliliği ve güvenilirliği olan testler uygulanmalı, taraflı davranıp kişinin gerçekten hafif TBH ve PKS olasılığı göz ardı edilmemelidir.

2.1.8.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Taklidi

TSSB'nin saptanması en zor işlerden biridir. Çünkü tüm bulgular öznedir ve halka yayılmıştır. Psikiyatri alanında oldukça yeni bir kavram olan TSSB aslında 100 yıldır farklı şekilde isimlerle yer almaktaydı. "sinir şoku" ya da "posttravmatik nevroz" isimleri bunlara örnektir (43). Bu terim ilk olarak Erichsen tarafından demiryolu kazalarından sonra oluşan fiziksel bir sendrom olarak tanımlanmıştır (44). Travmatik nevroz kavramından önce kazaya ilişkin tazminatlar sadece fiziksel kayıp olarak algılanmaktaydı. Özellikle 20. yüzyılda savaş ile ilişkili olarak travma kavramı tekrar gözden geçirilmiştir. 1952'de DSM'de "ağır stres bozukluğu" daha sonra "yetişkin yaşamda uyum reaksiyonu"nu içermiştir. Vietnam Savaşı'ndan dönen gazilerle birlikte semptomların farkındalığı artmıştır. İlk TSSB kavramına DSM III ile 1980 yılında kavuşulmuştur. Daha sonra gelen DSM IV ve V'de ise bir takım

değişiklikler olmuştur. DSM III'de tanı standartları daha objektif iken (herkesin üzüldüğü bir olay) sonrasında subjektif standarda dönüştürülmüştür (45).

TSSB psikiyatrik tanımlamada özel bir yere sahiptir; tanımlanabilir dış bir olay ile nedensellik bağına kuran tek sendromdur (43). Ancak yine de travmatik olayın nedensellik bağının; hastanın sübjektif belirtileri doğrultusunda hayali bir objektivite çerçevesinde olması hukuki alanda eleştirilmektedir (46).

TSSB'nin nörobiyolojisi son yıllarda daha net tanımlanmıştır. Hem hipokampusta hem de amigdaladaki işlev bozukluğu TSSB ile ilintilidir. Stresin artmasının sistemik glukokortikoidlere yol açtığı ve bunun da hipokampusta uzun süreli potansiyalizasyon ile birlikte biyokimyasal süreç ile etkileşime girdiği düşünülmektedir (47,48). Bu da TSSB'de görülen hafıza kaybını açıklamaktadır. Ayrıca amigdalanın (korku ve buna bağlı otonomik cevapları oluşturan) sürekli uyarılması da klasik korku ve aşırı korkuyu açıklamaktadır (47).

TSSB prevalansı, yaşanan travmanın türüne göre değişir. Cinsel bir travmayı yaşayanlarda daha çok TSSB gelişmektedir (49). Tecavüz mağdurlarının % 78.6'sında TSSB bildirilmiştir, buna karşın trafik kazalarında kişilerin % 15-30'unda TSSB gelişmiştir (45). Kazalar ve savaş travması üzerine yapılan başka bir çalışmada, savaşla ilgili travma yaşayanların TSSB semptomlarının daha şiddetli olduğu görülmüştür (50). TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı ise yaklaşık % 8.2'dir (51). Travmatik olaylara maruz kalmanın yaşam boyu yaygınlığı % 39.1 olup; TSSB gelişme oranı % 23.6'dır. Travmatik olaylara maruz kalma risk faktörleri arasında düşük eğitim, erkek cinsiyeti, erken davranış sorunları, dışadönüklük ve ailede psikiyatrik bozukluk veya madde sorunları öyküsü bulunmaktadır. Maruz kaldıktan sonra TSSB için risk faktörleri ise ebeveynlerden erken ayrılma, nevroz, önceden var olan kaygı veya depresyon ve ailede anksiyete öyküsüdür (52).

Klinikte en zorlayıcı durum ise TSSB bulgularının olaydan önce olup olmadığını ve davacının mevcut durumunda nelere yol açtığını belirlemektir. TSSB en kolay taklit edilen psikiyatrik bozukluktur. Çünkü kamuoyunun farkındalığı ya da eğitimi için tanı kriterleri internette yaygın bir şekilde mevcuttur (45) TSSB temaruzunda en yaygın motivasyon ise mali kazançtır. Ancak mali kazanç farklı insanlar için farklı anlamlar taşıyabilir. Bir talep sahibi için para, güvenceyi temsil edebilirken bir başkası için nefret edilen bir işverene veya saldırganına karşı intikam olabilir. Bazı vakalarda, TSSB temaruzu bedensel hasar talepleri başarısız olan kişinin son gayretini de gösterebilir (45, 49).

TSSB, delilik nedeniyle suçsuzluğun nadiren bir dayanağı olabilir. Buna rağmen çok az da olsa kişinin bunu kullandığı görülmüştür. Aslında bu durum diğer tanılara kıyasla daha çok suçlu bulunma nedeni de oluşturabilecek bir tanıdır. Ancak yine de jüri sistemi olan yerlerde suçlamaların azaltılması veya cezaların hafifletilmesine neden olabilir.

TSSB temaruzunda kişinin hastalık ile ilgili bilgisi ne kadar zayıf ise oynadığı rolde o kadar kötü olacaktır. Belirtileriyle ilgili aşırı dramatik olmaya çalışacaklardır. Amnezi, hem TSSB’de hem de PKS’de önemli rol oynayacaktır ayrıca temaruzda da çok büyük ihtimalle olabileceği unutulmamalıdır. Ancak TSSB’de bazı bellek kayıplarının olabileceğini unutmamak gerekir. Sahte bellek yitimleri ile ayrımında; hafıza kayıplarını aşırı önemsemek, aşırı öğrenilmiş bilginin hatırlanmasında bozukluk, hafıza testi etiketli testlerde düşük performans, hafıza testinde şanstın bile daha düşük puan alması, bellek kaybı olduğu iddia edilen olayların hatırlanması gibi kriterler değerlendirmede yardımcı olabilir. Kişide bir kafa travması olsa bile işlemsel bellek nadiren bozulur. Örneğin bir kişi araba kullanamadığını ifade ediyorsa bu çok büyük ihtimalle temaruzdur. Ayrıca temaruz yapan kişide tutarsızlıklar da olabilir. Örneğin dikkatini toparlayamadığını söyler ancak bu durum karşısında sakindir ve buna dair kanıt yoktur. Tüm kayıtlar (hastane kayıtları, polis kayıtları ve tanık ifadeleri) incelenmelidir çünkü kişinin anlattıklarıyla polis ya da hastane kayıtları uyuşmayabilir (45).

İyi bir klinik görüşme tanı koymada önemlidir. Ancak görüşme tarafsız bir şekilde ve karşı tarafa yalan söylediğini düşünmesine neden olmadan yapılmalıdır. Çünkü kişi inandırmak için bir mücadeleye girip her şeyi abartabilir. TSSB kriterleri yukarıda da değinildiği üzere herkes tarafından kolay ulaşılır olduğundan şikayetleri ifade etmesinden ziyade mevcut şikayetleri hakkında detay öğrenilmesi yerinde olacaktır (45).

TSSB’de temaruzu değerlendirmek için bir takım ölçekler vardır. Ancak bu ölçekler ile tek başına değerlendirme yapmak yanıltıcı olacaktır; birçok veri kaynağı bir arada olacak şekilde değerlendirme yapılmalıdır. Kullanılan ölçekler MMPI-2 (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-2), PAI (Personality Assessment Inventory), TSI(Trauma Symptom Inventory) ve SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms)’dir.

TSSB’de temaruz değerlendirilirken; temaruz için bir dış kazanç olup olmadığını belirlenmeli, tüm veriler toplanmalı, önyargısız bir görüşme yapılmalı, kişiye kendi şikayetlerini anlatması için açık uçlu sorular sorulmalı, belirtilen şikayetlerin TSSB bilgisi ile ne kadar uyumlu olduğu belirlenmeli, psikolojik ve fizyolojik tetkiklerin gerekliliği göz

önünde bulundurulmalı, kişideki tutarsızlıklar belirlenmeli ve kişiyi utandırmadan temaruz yapmasına fırsat tanınmalıdır (45).

2.1.8.7. Depresyon Taklidi

Nadir de olsa depresyon taklidi görülebilir. Kişi hastalık izni almak için özellikle kullanabilir. Suç işlemiş olan kişi ise bilirkişiye gitmeden önce özellikle antidepresan tedavi aldığını göstermek bunu kullanmak için de bu yola başvurabilir (5).

2.2. Suça Karşı Ceza Sorumluluğu

Bir kişinin işlediği herhangi bir suçtan dolayı, işlediği suç esnasında bu davranışı kendi iradesiyle “şuur ve hareket ile irade serbestisi”ni tam olarak koruyarak meydana getirip getirmediği esasına dayanır (2). Bir kişinin herhangi bir suç karşısında sorumluluğu olup olmadığına kişinin mental olgunlaşma derecesi ve mental sağlığına bakılarak karar verilebilir. Bu hususta değerlendirilecek konular; yaş küçüklüğü, sağır ve dilsizlik, akıl hastalığı, geçici (arızı) nedenler ve istemeyerek sarhoşluk veya uyuşturucu madde etkisidir.

Tarihteki ilk akıl hastalıklarıyla ilgili mahkeme 1843’de Daniel M’Naghten yargılamasıdır. Daniel M’Naghten İngiltere başkanının kendisini öldüreceğini düşünerek Londra’ya gider ve başkanın sekreterini öldürür. Bu olay sonrasında tarihteki ilk akıl hastalıkları ile ilgili ceza yargılamasında kurallar oluşturulmuştur (53).

Türk Ceza Kanuna göre ceza sorumluluğu suç sırasında akıl hastalığı nedeniyle eylemin anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış kişiye ceza verilmez ve tehlikeliliği ortadan kalkıncaya dek yüksek güvenliqli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar. Ancak özellikli bir durum örneğin dürtü kontrol bozukluklarında olduğu gibi eylem sırasında davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişiye verilecek ceza 1/6 oranında indirilir ve gerek görülürse cezasının tamamı veya bir kısmı tedavi kurumunda geçmesine karar verilebilir (5).

2.2.1. Yaş Küçüklüğü:

TCK madde 31 ve Çocuk Koruma Kanunu’nda düzenlenmiştir.

“Madde 31- (1) Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir.

(2) Fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmuş olup da onbeş yaşını doldurmamış olanların işlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması hâlinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. İşlediği fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı hâlinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde oniki yıldan onbeş yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan onbir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların yarısı indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası yedi yıldan fazla olamaz.

(3) Fiili işlediği sırada onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde onsekiz yıldan yirmidört yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde oniki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte biri indirilir ve bu hâlde her fiil için verilecek hapis cezası oniki yıldan fazla olamaz.” (54).

2.2.2. Sağır ve Dilsizlik:

Madde 33-

(1) Bu Kanunun, fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocuklara ilişkin hükümleri, onbeş yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; oniki yaşını doldurmuş olup da onbeş yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, onsekiz yaşını doldurmuş olup da yirmibir yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında da uygulanır (54).

2.2.3. Akıl hastalığı:

TCK’ye göre 15 yaşını doldurmuş olan her bireyin (sağır ve dilsizlerde 18 yaş) ceza sorumluluğunun etkilenebilmesi için herhangi bir akıl hastalığı ya da zayıflığı bulunmalıdır. Ancak yasalarda bu hastalıklar belirtilmemiştir. Hekim kişiyi değerlendirirken kişinin

işlediği eylem sebebiyle fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan ve davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişip gelişmediğine bakarak bir kanaate varır.

Madde 32-

(1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

(2) Birinci fıkra yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir (54).

2.2.4. Geçici nedenler, alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olma:

Madde 34-

(1) Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.

(2) İradi olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz (54).

3.GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışma için, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.12.2016 tarihli 83045809/604.01/02-441609 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Aynı zamanda Adli Tıp Kurumu Eğitim ve Bilimsel Araştırma Komisyonu'ndan 21589509/27 sayılı karar ile araştırma izni alınmıştır (Ek 1). Gerekli izin alım süreci tamamlandıktan ve M-FAST ölçekleri (Telif haklarından dolayı ek olarak sunulamamıştır.) alındıktan sonra çalışma başlatılmıştır. Çalışma, 'Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi' esaslarına uyularak yapılmıştır.

Çalışmanın araştırma evreni İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 4. İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi'ne 'ceza sorumluluğu' değerlendirilmesi için gönderilen bireylerdir.

Çalışmaya alınma ölçütleri:

- 18 yaşını doldurmuş olmak
- Bir araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onay vermiş olmak

Dışlama ölçütleri:

- Okuma yazma bilmemek
- Anlamlı iletişim kuramayacak düzeyde zekâ geriliği olması
- Demans ve diğer organik mental bozuklukların olması

4. İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi'nden 50'ser birey olacak şekilde toplam 100 birey ile çalışılmıştır. Katılımcılara çalışmacının oluşturduğu aşağıdaki bilgileri içeren veri formu (Ek 2) ile birlikte M-FAST ölçeği uygulanmıştır.

Çalışma için katılımcılardan ve dosyalardan aşağıdaki veriler elde edilmiştir:

- Sosyodemografik veriler,
- Kriminolojik öykü (kriminal özgeçmiş, toplam suç sayısı, ilk kez suç işleme yaşı, cezaevi deneyimi, cezaevi yaşantısı süresi, mevcut suç, suçun kime karşı işlendiği, kullanılan suç aleti, suçun yönü)

- Mevcut suç anı (ilaç, alkol madde kullanımı)
- Tıbbi öykü (psikiyatrik hastalıklar, diğer tıbbi hastalıklar, kullandığı ilaçlar, psikiyatrik hastalığının süresi, suçtan önce toplam hastaneye yatış sayısı)
- Geçmişteki travmalar (aile bireyi kaybı, anne baba ayılığı, çocuk istismarı ve istismarın tipi, göç)
- Suisidal girişimler (kaç kez, ne şekilde olduğu, mevcut suç ile ilişkisi)
- Antisosyal davranış özellikleri (Kendine zarar verme davranışı, alkol-madde bağımlılığı)

Ayrıca kişilere Miller Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği (M-FAST) uygulanmıştır. M-FAST ölçeği:

‘Bildirilen/Gözlemlenen’ (RO-Reported or Observed) için üç madde,

‘Abartılı Belirti’ (ES-Extreme Symptomatology) için yedi madde,

‘Nadir Birliktelik’ (RC-Rare Combinations) için yedi madde,

‘Olağandışı Halüsinasyon’ (UH-Unusual Hallucinations) için beş madde,

‘Olağandışı Belirti Gidişi’ (USC-Unusual Symptom Course) için bir madde,

‘Olumsuz Görünüm’ (NA-Negative Image) için bir madde ve

‘Telkin Edilebilirlik’ (S-Suggestibility) için de bir madde içermektedir. Toplam 25 puan üzerinden değerlendirilen ölçeğin, adli ve klinik örneklem için ≥ 6 skorları temaruz göstergesi iken Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Türk popülasyonu için ≥ 7 kesme değeridir (12, 55).

Mayıs- Temmuz ayları arasında Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi’ne başvuran uygun örneklem, 4. İhtisas Kurulu’nda kurul muayeneleri akabinde farklı bir odada, Gözlem İhtisas Dairesi’nde ise muayene saatleri dışında görüşme odalarından birinde yüz yüze görüşme tekniğiyle yarı yapılandırılmış veri formu ve M-FAST ölçeği soru cevap şeklinde uygulanmıştır. Tüm katılımcılar çalışma hakkında önceden bilgilendirilmiş ve katılımcıların hepsinden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini gösteren yazılı onam alınmıştır (Ek 3).

3.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmada 4. İhtisas Kurulu'nda yapılan görüşmelerin, başkaları tarafından giriş çıkış olarak kullanılan bir odada yapılması, kurum içindeki duyuru ve anonslar görüşmede yer yer duraksamalara yol açıp katılımcıda dikkat dağınıklığına ve katılımcının sorulara çekingen cevap verebilmesine neden olmuştur. Gözlem İhtisas Dairesinde yapılan görüşmelerde ise bazen görüşme odalarının dolu olması nedeniyle yemekhane gibi ortak kullanıma açık bir yerde yapılması benzer problemlere neden olmuştur.

Kişiler tarafından tedavi ya da tanılarına ilişkin yeterli bilgi olmayıp; dosyalarında tedavi ya da tanılarına ilişkin tıbbi kayıtların tam olarak yer almaması çalışmada eksikliklere neden olmuştur.

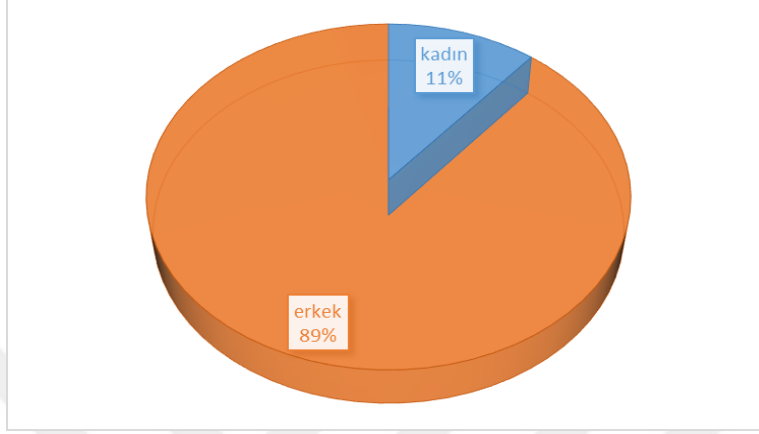
3.2. İstatistiksel Değerlendirme

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve analizi 'SPSS® for Windows 20.0' bilgisayar paket programı ve Microsoft Office Excel 2016 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri sunulmuştur. Kategorik özelliklerin birbirlerine göre dağılımını kıyaslarken ki-kare testi veya Fisher kesin p değeri hesabı yapıldı. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler için 'Mann Whitney U' testi uygulanmıştır.

4.BULGULAR

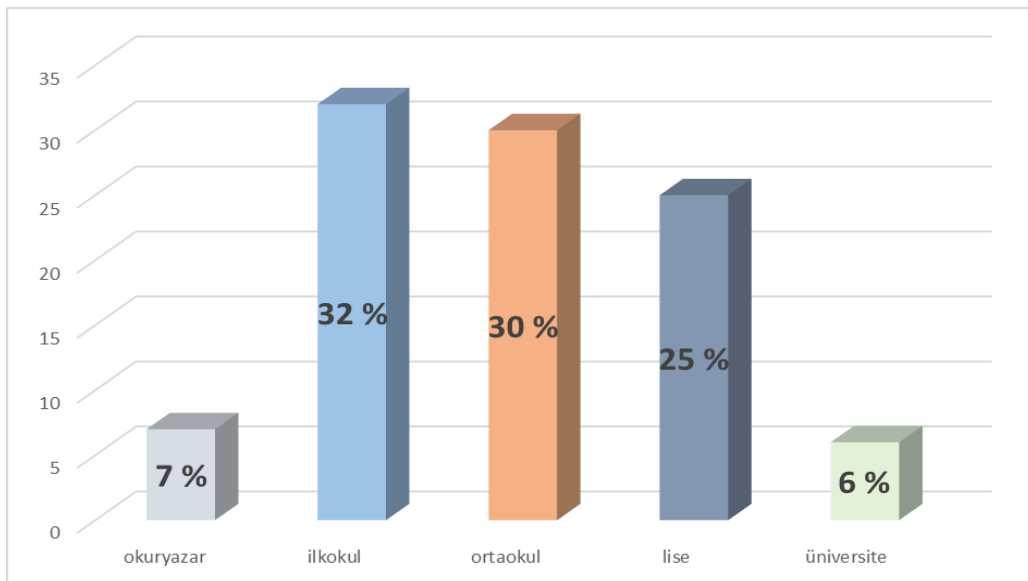
4.1.Genel Veriler

Katılımcıların 89'u erkek, 11'i kadındır. Yaş ortalaması 35.78 ± 9.94 olup yaş aralığı 20-62'dir (Grafik 1). (n=%).



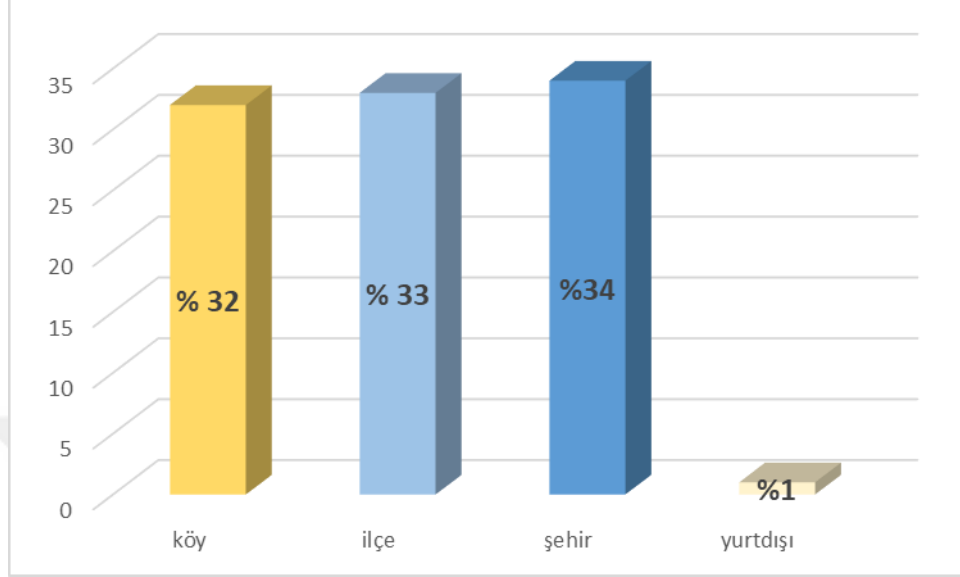
Grafik 1. Cinsiyete göre dağılım.

Katılımcıların eğitim durumları Türkiye'deki eğitim basamakları göz önünde bulundurularak gruplandırılmıştır. İlkokulu bitirmemiş olan katılımcılar sadece okur-yazar olarak değerlendirmeye alınmış olup %7 okur yazar, ilkokul mezunu %32, ortaokul mezunu %30, lise mezunu %25 ve üniversite ve yüksek lisans mezunları üniversite mezunu olarak değerlendirilmiş olup %6'sı üniversite mezunudur. Yıl olarak ise minimum 2 yıl maksimum 17 yıl olup ortalama eğitim süresi 8.20 ± 3.35 yıldır (Grafik 2). (n=%).



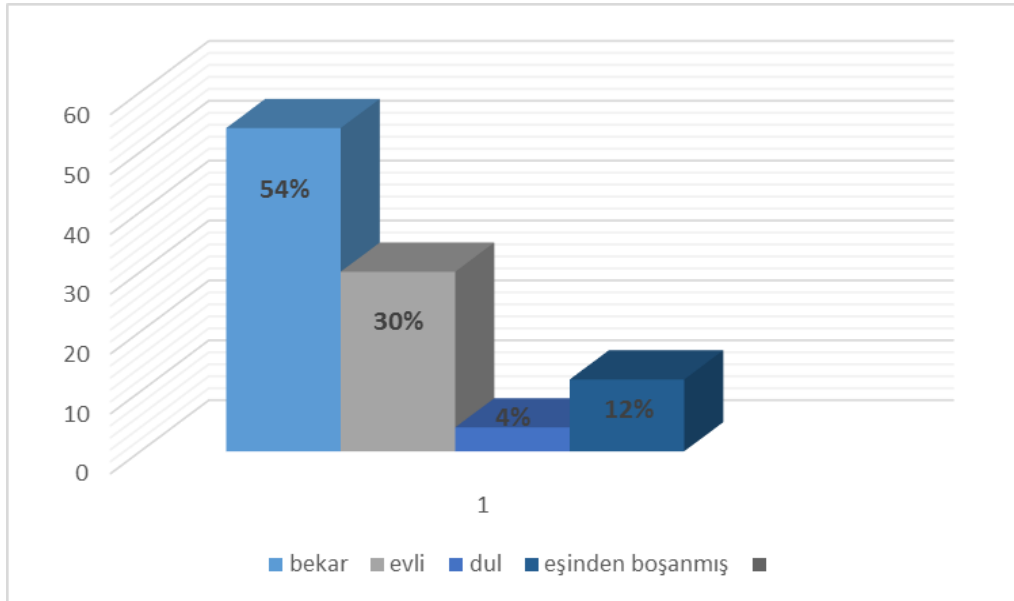
Grafik 2. Katılımcıların eğitim durumları

Katılımcıların sadece 1 tanesi yurtdışı doğumlu olup; diğerlerinin 32'si köy, 33'ü ilçe ve 34'ü şehir merkezi doğumludur. Ayrıca katılımcıların 45'i hayatlarında en az bir kez göç yaşadığını söylerken 55'inde hiç yer değişikliği olmamıştır (Grafik 3). (n=%)



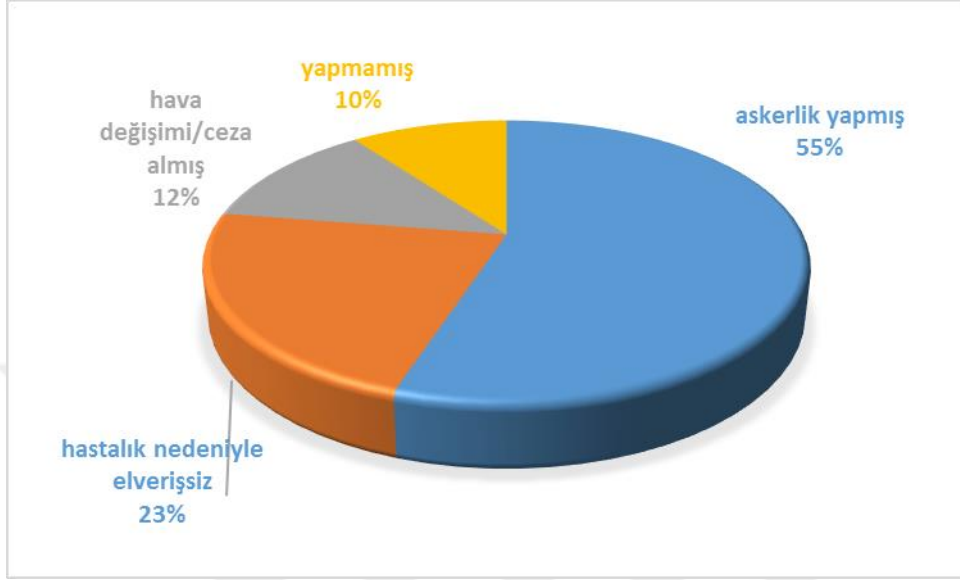
Grafik 3. Katılımcıların doğum yeri.

Katılımcıların %54'ü bekar, %30'u evli, %12'si eşinden boşanmış ve %4'ü ise duldur. Katılımcıların %34'ünün en az bir çocuğu vardır. Katılımcıların %5'i tek çocuk olup; maksimum kardeş sayısı da 14'dür (Grafik 4). (n=%).



Grafik 4. Katılımcıların medeni durumu.

Katılımcı erkeklerin %55'i askerlik yapmış, %23'ü herhangi bir hastalık nedeniyle askerliğe elverişsiz olup; bunların %71,4'ü psikiyatrik bir hastalık nedeniyle askerliğe elverişsiz bulunmuştur. Kalan %10'luk kısım askerliği cezaevinde bulunması nedeniyle ya da idari bir nedenden dolayı yapmamışlardır (Grafik 5). (n=%).



Grafik 5. Erkek katılımcıların askerlik durumu.

Katılımcıların suç öncesi iş düzenleri sorulduğunda 37'si çalışmadığını, 19'u düzensiz; daha çok günü birlik işlerde çalıştığını ve 44'ü ise düzenli bir işte çalıştığını belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Suç Öncesi İş Düzenleri

Suç Öncesi İş Düzeni	Şu anda geliri var	Şu anda geliri yok	Toplam
	n (%)	n (%)	
Çalışmıyor	15 (%15)	22 (%22)	37
Düzensiz çalışıyor	3 (%3)	16 (%16)	19
Düzenli çalışıyor	29 (%29)	15 (%15)	44
Toplam	47 (%47)	53 (%53)	100

Katılımcıların kendi beyanlarına göre %61'inin daha önce kriminal geçmişi var iken %39'u ilk defa bir suç işlemiştir. Ayrıca katılımcılara ilk kez suç işledikleri yaş sorulduğunda; minimum 8 yaş maksimum 61 yaş olduğu görüldü. İlk kez suç işleme yaş ortalaması ise $26,63 \pm 10,94$ ' idi. Kriminal geçmiş ile ilk kez suç işleme yaşı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.001$).

4.2. Kriminal Öykü:

Kendine zarar verme davranışı olanların %89,2'si daha önce bir suça karışmış iken olmayanların %44,4'ü daha önce suça karışmıştır ve bu farklılık istatistiksel bakımdan çok ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0,001$). Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Kendine zarar verme davranışı ile kriminal geçmiş ilişkisi

	Kriminal (+)	Kriminal(-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Kendine zarar verme (+)	33 (%89,2)	4 (%10,8)	37	$<0,001^*$
Kendine zarar verme (-)	28 (%44,4)	35 (%55,6)	63	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır

Katılımcılar dosyada yer alan mevcut suçları göz önünde bulundurularak suç türleri bakımından ayrıldığında en yüksek grubu adam öldürme suçu (%18), ikinci sırada hırsızlık (%17) ve üçüncü sırada da yaralama suçu (%14) izlemektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların suç türleri

Suç türleri	Sayı (n)	Yüzde Değer (%)
Adam öldürme	18	18
Öldürme Girişimi	8	8
Yaralama	14	14
Eşya/Mala zarar	5	5
Tehdit ve Hakaret	10	10
Cinsel suçlar	9	9
Uyuşturucu Madde	5	5
Hırsızlık	17	17
Diğer	14	14

Katılımcıların kendisinden sorularak ve/veya dosyadaki mevcut bilgileri tarandığında mevcut suçun kime karşı işlendiği değerlendirildiğinde; 34'ünün suçu herhangi bir kişiye karşı işlememiş olduğu, diğerlerinin ise sıklık sırasına göre 11'inin rastgele/tanınmayan bir kişiye karşı işlediği, 8'inin öz babasına karşı, 8'inin komşusuna karşı ve 6'sının ayrı ayrı eş/arkadaş/kamu görevlisine karşı olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların suçu kime karşı işledikleri

Suç kime karşı işlendi	Sayı (n)	Yüzde Değer (%)
Suç kişiye karşı değil	34	34
Öz Anne	1	1
Öz Baba	8	8
Öz Kardeş	2	2
Eş	6	6
Akraba	5	5
Arkadaş	6	6
Komşu	8	8
İş Arkadaşı	3	3
Kamu Görevlisi	6	6
Rastgele/Tanınmayan Kişi	11	11
Uzaktan Tanıdık	5	5
Bilinmiyor	5	5

Suç türleri bakımından suçun kime karşı işlendiği (akraba/akraba dışı) olarak değerlendirildiğinde; daha çok akraba dışı bireylere karşı uygulandığı; adam öldürme/öldürme girişimi suçunun %53,85 oranında akraba dışı bireylere, yaralama suçunun %64,29 oranında akraba dışı bireylere, eşya/mala zarar suçunun %60 oranında akraba dışı bireylere karşı ve diğer suçların ise %100 oranda akraba dışı bireylere karşı işlendiği görüldü (Tablo 5).

Tablo 5. Suç türü ile katılımcıların suçu kime karşı işledikleri ilişkisi

Suç kime karşı işlendi	Akraba n (%)	Akraba dışı n (%)	Toplam
Adam öldürme/öldürme girişimi	12 (%46,15)	14 (%53,85)	26
Yaralama	5 (%35,71)	9 (%64,29)	14
Eşya/ Mala zarar	4 (%40)	6 (%60)	10
Tehdit ve Hakaret	0(%0)	2 (%100)	2
Cinsel suçlar	0 (%0)	9 (%100)	9
Diğer	0 (%0)	4(%100)	4

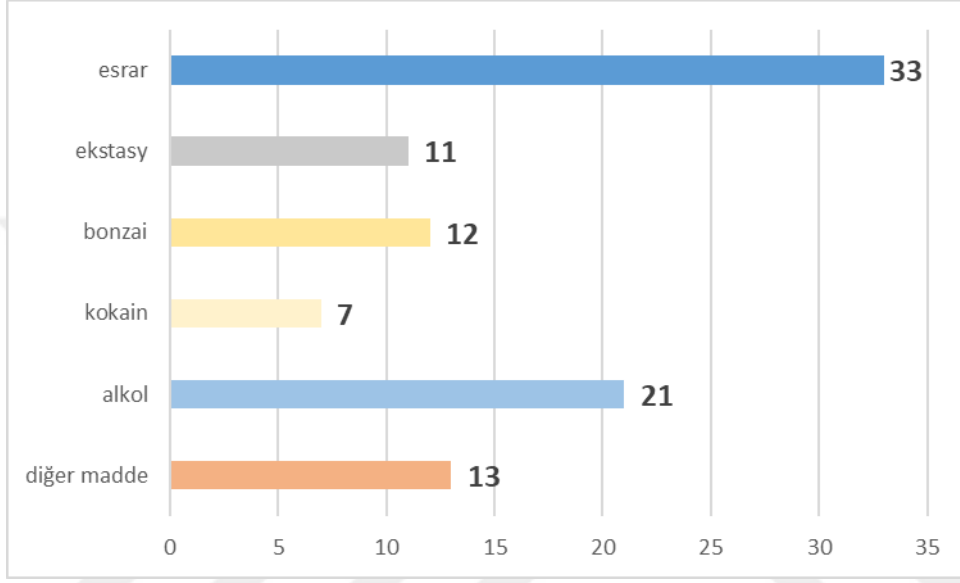
Katılımcıların kullandıkları suç aletleri sorulduğunda; kişiye karşı işlenmiş olan 66 suç için katılımcılar; 23'ü herhangi bir alet olmadığını, 22'si bıçak vb alet kullandığını, 9'u ateşli silah kullandığını ve 3'ü taş sopa gibi bir alet kullandığını belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Kişiye karşı işlenmiş suçlarda katılımcıların kullandıkları suç aletleri

Suç aletleri	Sayı (n)	Yüzde Değer (%)
Yok	23	34,8
Bıçak vb	22	33,3
Ateşli silah	9	13,6
Taş/sopa	3	4,5
Kesici ezici	2	3
Başka	4	6,3
Bilinmiyor	3	4,5

4.3. Psikoaktif Madde Öyküsü

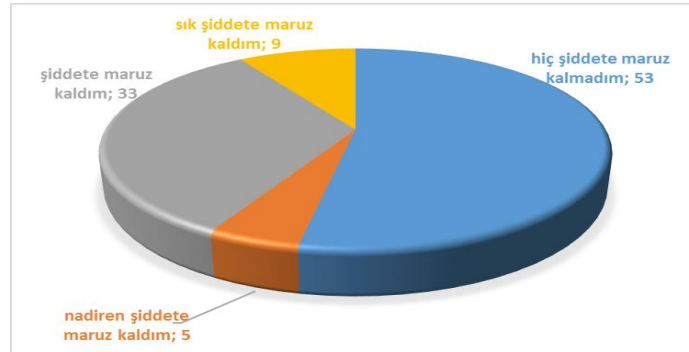
Katılımcıların madde geçmişi sorulduğunda 43'ü daha önce en az bir kez alkol ya da psikoaktif madde kullanımının olduğunu belirtmiştir. Madde kullananların ise 33'ü esrar, 11'i ekstazy, 12'si bonzai, 7'si kokain, 13'ü başka maddeler kullanmış olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca 21'i alkol kötüye kullanımı olduğunu belirtmiştir (kişilerin birden çok madde kullanımı mevcuttur) (Grafik 6).



Grafik 6. Katılımcıların madde geçmişi.

4.4. Çocukluk Çağı Travmaları

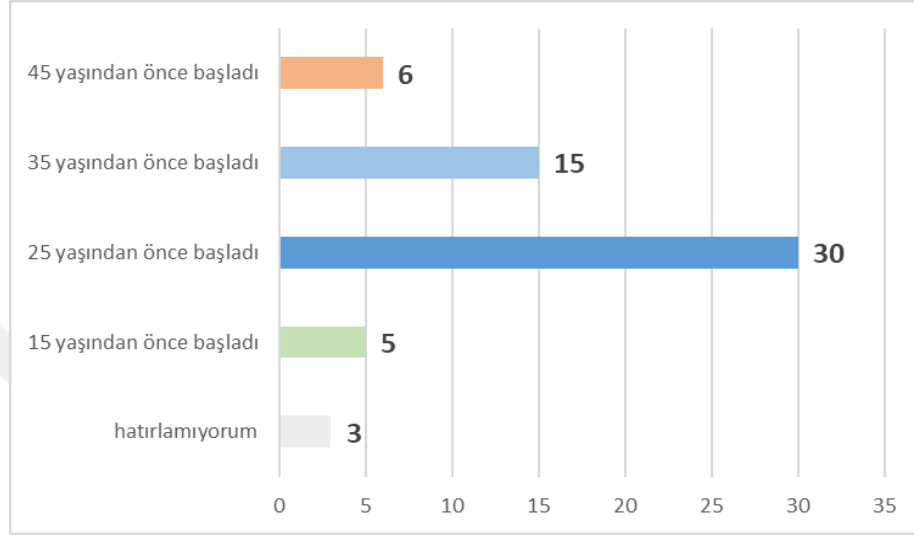
Katılımcıların çocuklukta şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulduğunda; 53'ü çocukken hiç şiddete maruz kalmadığını belirtirken 5'i nadiren şiddete maruz kaldığını, 33'ü şiddete maruz kaldığını, 9'u ise sık şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (Grafik 7). (n=%).



Grafik 7. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları.

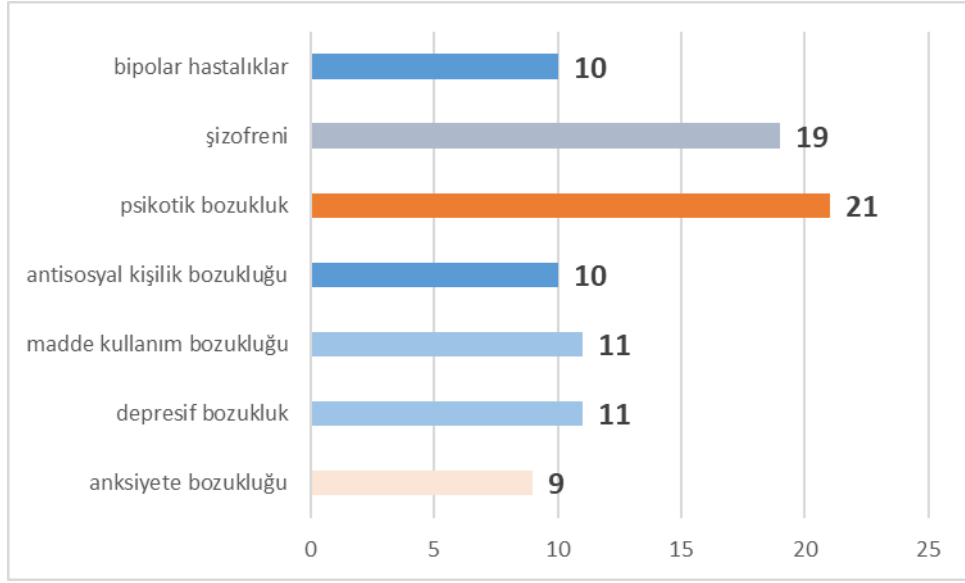
4.5. Tıbbi Öykü:

Katılımcıların 59'u psikiyatrik bir hastalığının olduğunu 41 ise olmadığını bildirmiştir. Katılımcılara hastalıklarının başlangıç zamanı sorulduğunda; 3'ü hatırlamadığını, 5'i 15 yaşından önce başladığını, 30'u 25 yaşından önce başladığını, 15'i 35 yaşından önce başladığını ve 6'sı 45 yaşından önce başladığını belirtmiştir (Grafik 8) (n=%).



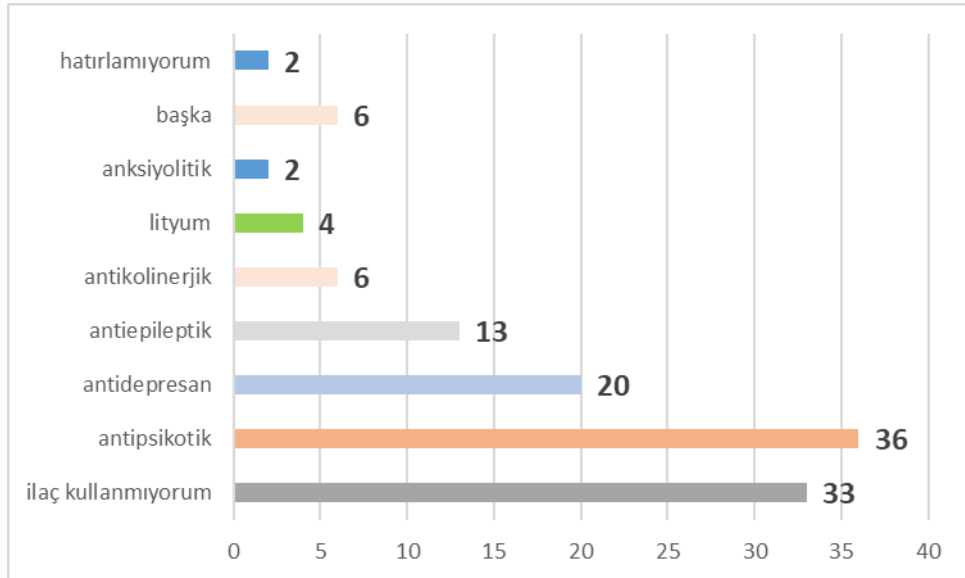
Grafik 8. Psikiyatrik hastalığın başlama yaşı

Katılımcıların dosyalarından elde edilen psikiyatrik tanılarına göre 71 kişinin bir şekilde psikiyatri uzmanı tarafından daha önce görülmüş olduğu ve psikiyatrik tanılarının mevcut olduğu 29 kişinin ise herhangi bir tanısının olmadığı görülmüştür. Bazılarında birden çok tanı yer aldığından toplam sayı kişi sayısından fazla olmakla beraber; 10'unun bipolar hastalık tanısı, 19'unun şizofreni, 21'inin biri psikotik belirtili depresif nöbet biri psikotik belirtili manik nöbet olmak üzere psikotik bozukluk, 10'unun antisosyal kişilik bozukluğu, 11'inin madde kullanım bozukluğu, 11'inin depresif bozukluk ve 9'unun anksiyete bozukluğu tanılarının olduğu görüldü (Grafik 9).



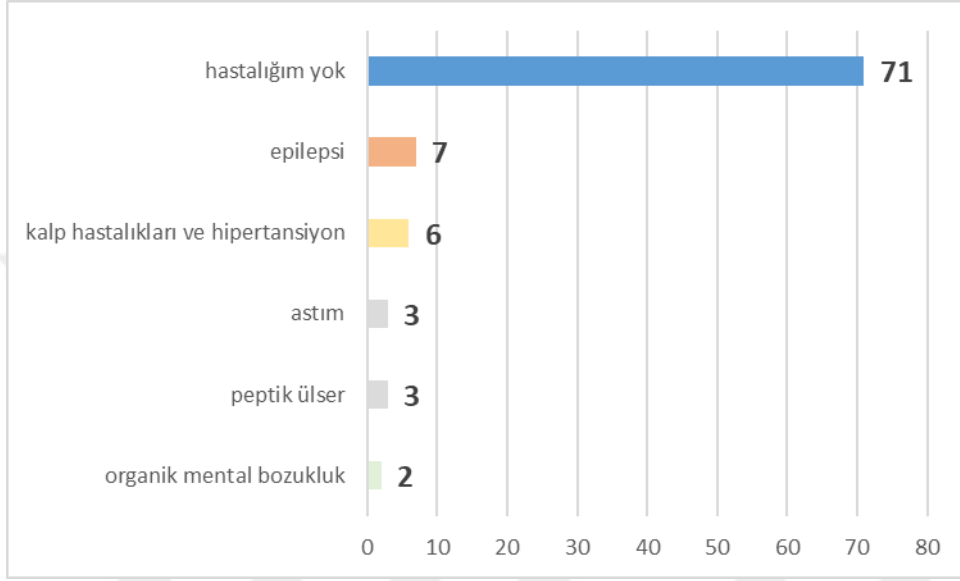
Grafik 9. Katılımcıların tıbbi kayıtlarında mevcut psikiyatrik hastalıklar.

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar kendilerinden ve dosyalarından elde edilen veriler ile bir arada değerlendirildiğinde; 33'ü herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtmiş olup; bazılarının birden fazla ilaç kullanımı olduğu da göz önünde bulundurularak; 36'sı antipsikotik, 20'si antidepresan, 13'ü antiepileptik, 6'sı antikolinerjik, 4'ü lityum, 2'si anksiyolitik ve 6'sı başka ilaçlar kullanmaktadır ayrıca 2 kişi de kullandığı ilaçları hatırlamamıştır (Grafik 10).



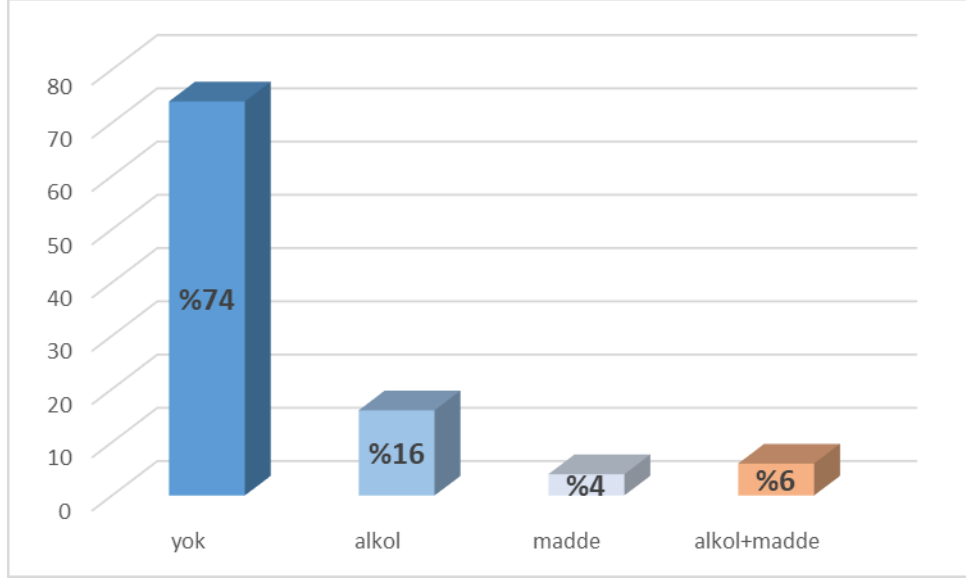
Grafik 10. Katılımcıların kullandığı ilaçlar.

Katılımcıların psikiyatrik hastalıklar dışındaki hastalıkları sorulduğunda; 71'i herhangi bir hastalığının olmadığını, 7'si epilepsi hastası olduğunu, 6'sı kalp hastalıkları-hipertansiyon hastası olduğunu, 3'ü astım, 3'ü peptik ülser, 2'si organik mental bozukluk tanılarının olduğunu 8'i ise diğer grup olarak sınıflandırılan hastalıkları olduğunu belirtmişlerdir. 29 hastanın ise 19'u tedavi alırken 10'u herhangi bir tedavi almadığı ve 18'i de tedaviye uyumlu olduğunu belirtmiştir (Grafik 11).



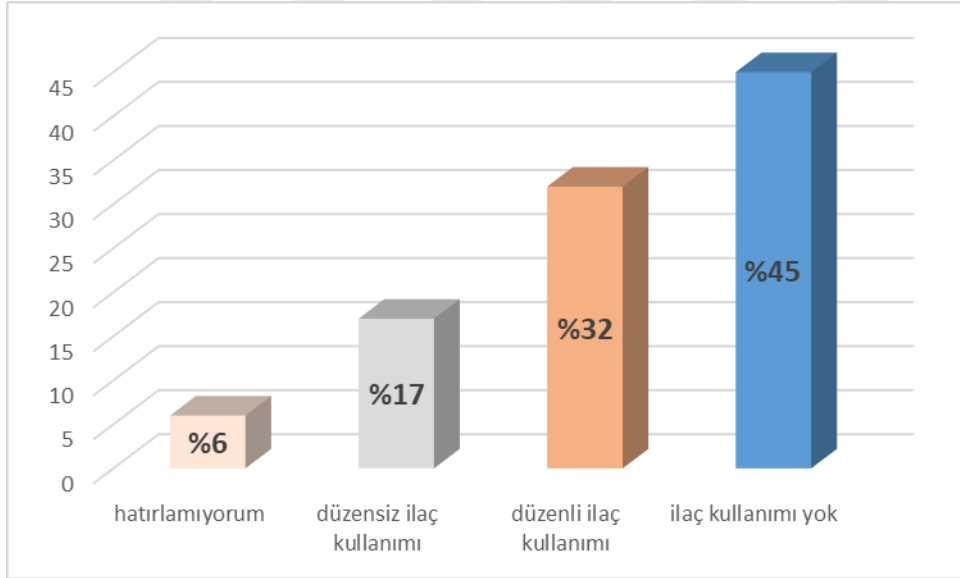
Grafik 11. Psikiyatrik hastalıklar dışındaki hastalıklar.

Katılımcıların suç sırasında alkol ya da madde kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda; 74 kişi alkol ya da herhangi bir madde kullanmadığını, 16'sı alkol, 4'ü psikoaktif madde ve 6'sı da alkol ve madde birlikte kullandıklarını belirtmişlerdir (Grafik 12).



Grafik 12. Katılımcıların suç sırasında alkol ve madde kullanımları

Katılımcıların suç sırasında ilaç kullanımları sorulduğunda 45'i ilaç kullanımının olmadığını, 32'si düzenli ilaç tedavisi olduğunu, 17'si ilaçlarını düzensiz kullandığını ve 6 kişi de ilaç kullanımını hatırlamadığını belirtmiştir (Grafik 13).



Grafik 13. Suç anında ilaç kullanımı

4.6. M-FAST sonuçları

M-FAST cut-off değeri Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında önerilen ≥ 7 olarak alınmıştır. Buna göre temaruz (+) olan toplam 50 olgu vardır. M-FAST süresi minimum 3

dakika maksimum 13 dakika sürmüş olup; ortalama süre 6,21'dir. Temaruz yapanlar ile yapmayanlar arasındaki ortalama puan homojen dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Olguların M-FAST ölçek skoru

	Grup	N	Ortalama	SS	p
M-FAST skoru	Temaruz (+)	50	13.4	2.05	<0,001*
	Temaruz (-)	50	2.46	4.21	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.6.1. Yaş ile Temaruz İlişkisi

Katılımcıların yaşları ile temaruz arasındaki ilişki yaşlar düzenli dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre temaruz (+) olanların ortalama yaşı 37.10 iken temaruz (-) olanların 34.46 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Aralarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Yaş temaruz ilişkisi

	Grup	N	Ortalama	SS	p
	Temaruz (-)	50	34.46	8.95	0.217*
	Temaruz (+)	50	37.10	10.77	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.6.2. Cinsiyet Temaruz İlişkisi

Katılımcıların cinsiyetleri ile temaruz arasındaki ilişki değerlendirildiğinde kadınların %63,6'sında temaruz (+) iken erkeklerin %51,7'sinde temaruz (+) idi (Tablo 9). Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Cinsiyet ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	p
Kadın	7 (%63.6)	4 (%36.4)	11	0,523*
Erkek	43 (%48.3)	46 (%51.7)	89	

*Yates' corrected chi-square kullanılmıştır.

4.6.3. Askerlik Durumu ile Temaruz İlişkisi

Askerlik yapmış kişilerin %55.1'inde temaruz (-), herhangi bir hastalık nedeniyle elverişsiz olanların %55'inde temaruz (-), hava değişimi ya da ceza almış olanların %54.5'inde temaruz (+), yapmamış olanların ise %66.7'sinde temaruz (+) olduğu görülmüştür. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 10. Askerlik durumu temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Askerlik yapmış	22(%44.9)	27 (%55.1)	49	0,671*
Askerliğe tıbbi/psikiyatrik nedenle elverişsiz	9 (%45)	11 (%55)	20	
Hava değişimi/ceza almış	6 (%54.5)	5 (%45.5)	11	
Yapmamış	6 (%66.7)	3 (%33.3)	9	

*Fisher kesin p değeri kullanılmıştır.

4.6.4. Medeni Durum ile Temaruz İlişkisi

Katılımcıların medeni durumları ile M-FAST sonuçları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; bekar olanların 35'inin (%64.8) temaruz (-), evli olanların 19'unun (%63,3) temaruz (+), eşi ölmüş olanların 4'ünün (%100) temaruz (+) olduğu ve ayrılmış olanların 8'inin (%66.7) temaruz (+) olduğu görüldü (Tablo 11). Medeni durum ile M-FAST sonuçları arasındaki fark istatistiksel bakımdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 11.Katılımcıların medeni durumu ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Bekar	19 (%35.2)	35 (%64.8)	54	0,005*
Evli	19 (%63.3)	11 (%36.7)	30	
Eşi ölmüş	4 (%100)	0 (%0)	4	
Ayrılmış	8 (%66.7)	4 (%33.3)	12	

*Fisher kesin p hesabı uygulanmıştır.

4.6.5. Eğitim düzeyi ile temaruz ilişkisi

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile temaruz arasındaki ilişki eğitim düzeyleri düzenli dağılım göstermediğinden Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre temaruz (+) olanların ortalama eğitim süresi 7,44 yıl iken temaruz (-) olanların 8,96 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 12). Aralarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 12. Eğitim düzeyi ile temaruz ilişkisi

Grup	N	Ortalama	SS	p
Temaruz (+)	50	7.44	2.94	0.042*
Temaruz (-)	50	8.96	3.59	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.6.6. Madde Geçmişi ile Temaruz ilişkisi

Madde kullanımı olan kişilerin 24'ünde temaruz (+) iken 19'unda negatif, madde kullanım öyküsü olmayan kişilerin de 26'sinde temaruz (+) iken 31'inde temaruz (-)'dir (Tablo 13). Ancak istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 13. Madde geçmişi ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz(-)	Toplam	p
	n %	n %		
Madde geçmişi var	24 (%55,8)	19 (%44,2)	43	0,419*
Madde geçmişi yok	26 (45,6)	31 (%54,4)	57	

* Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

4.6.7. Kriminal Geçmişi ile Temaruz İlişkisi

Kriminal geçmişi olan kişilerin 35'inde (%57,4) temaruz (+) iken 26'sında (%42,6) negatif bulunmuştur. Herhangi bir kriminal geçmişi olmayan kişilerin ise 15'inde (%38,5) temaruz (+) iken 24'ünde (%61,5) negatif bulunmuştur (Tablo 14). Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14.Kriminal geçmişi ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Kriminal geçmişi var	35 (%57,4)	26 (%42,6)	61 (%100)	0,101*
Kriminal geçmişi yok	15 (%38,5)	24 (%61,5)	39 (%100)	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

4.6.8. Suçun yönü ile temaruz ilişkisi

Katılımcıların mevcut sularının yönü değerlendirildiğinde; 63' insana dönük, 25'i mala dönük, 3' kamu düzeniyle ilgili ve 9'u başka idi. İnsana dönük suçlarda 39'unda temaruz (-) iken 24'ünde temaruz (+), mala dönük suçlarda 16'sında temaruz (+) iken 9'unda temaruz (-), kamu suçlarında 3'ünde temaruz (+) ve başka suçlarda da 7'sinde temaruz (+), 2'sinde negatif olarak bulunmuştur (Tablo 15). Suçların yönü ile temaruz kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 15.Mevcut suçun yönü ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
İnsana dönük	24 (%38,1)	39 (%61,9)	63	0,01*
Mala dönük	16 (%64)	9 (%36)	25	
Kamu düzeniyle ilgili	3 (%100)	0 (%0)	3	
Diğer	7 (%77,8)	2 (%22,2)	9	

*Fisher kesin p değeri uygulanmıştır.

İnsana dönük suçlar öldürme ve öldürme girişimi ile diğerleri olarak ayrıldığında öldürme ve öldürme girişimi suçu işlemiş olanların 13'ünde temaruz (+) iken (%50) 13'ünde temaruz (-) (%50). Diğer insana dönük suçlarda ise 26'sında temaruz (-) iken (%70,3) 12'sinde temaruz (+) (%25,7) bulunmuştur (Tablo 16). Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16.İnsana dönük suçlar ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Adam öldürme/öldürme girişimi	13 (%50)	13 (%50)	26	0,171*
Diğer	11 (%30,7)	26 (%70,3)	37	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

4.6.9. Suçun kime karşı işlendiği ile temaruz ilişkisi

Kişiye karşı işlenmemiş olan suçların %70,6'sında temaruz (+) iken kişiye karşı işlenmiş suçların akrabaya karşı işlenmiş olanların %45,5'inde temaruz (+) akraba dışı işlenmiş suçların %36,4'ünde temaruz (+) görülmüştür (Tablo 17). Bu farklılık istatistiksel olarak da ileri derecede farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Ancak kişiye karşı işlenmiş suçlar

(Tablo 18) tek başına temaruz açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Tablo 17.Suçun kime karşı işlendiği ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Suç kişiye karşı değil	24 (%70,6)	10 (%29,4)	34	0,009*
Akraba	10 (%45,5)	12 (%54,5)	22	
Akraba dışı	16 (%36,4)	28 (%63,6)	44	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

Tablo 18.Kişiye karşı işlenmiş suçlar ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Akraba	10 (%45,5)	12 (%54,5)	22	0,476
Akraba dışı	16 (%36,4)	28 (%63,6)	44	

4.6.10. Suç öncesi iş düzeni temaruz ilişkisi

Katılımcıların suç öncesi iş düzeni ile temaruz ilişkisi değerlendirildiğinde; çalışmayan kişilerin %56.8'inde, düzensiz çalışanların %57.9'unda temaruz görülür iken düzenli çalışan kişilerin %40.9'unda temaruz görülmüştür (Tablo 19). Ancak istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19. Suç öncesi iş düzeni ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Çalışmıyor	21 (%56.8)	16 (%44.2)	37 (%100)	0,272*
Düzensiz çalışıyor	11 (%57.9)	8 (%42.1)	19	
Düzenli çalışıyor	18 (%40.9)	26(%59.1)	44 (%100)	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

4.6.11. Tıbbi Öykü ile Temaruz İlişkisi

Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olduğunu belirten kişilerde %55,9 oranında temaruz görülürken ve belirtmeyen kişilerde %58,5 oranında temaruz yapmadıkları görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 20. Psikiyatrik hastalık iddiası ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Hastalık var	33 (%55,9)	26 (%44,1)	59	0,222*
Hastalık yok	17 (%44,1)	24 (%55,9)	41	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

Psikiyatrik hastalığının 15 yaşından önce başladığını söyleyen 4 kişinin temaruz (+), 25 yaşından önce başladığını söyleyen 15 kişinin temaruz (+), 15'i negatif, 35 yaşından önce başladığını söyleyen kişilerin 10'unda temaruz (+) ve 5'inde negatif olarak bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21.Psikiyatrik hastalığın başlangıç yaşı ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Hatırlamıyorum	1 (%33,3)	2 (%66,7)	3	0,594*
15 yaşından önce başladı	4(%80)	1 (%20)	5	
25 yaşından önce başladı	15 (%64,7)	15 (%35,3)	30	
35 yaşından önce başladı	10(%66,7)	5(%33,3)	15	
45 yaşından önce başladı	3 (%50)	3 (%50)	6	

*Fisher kesin p sayısı uygulanmıştır.

Katılımcıların ne kadar süredir hasta oldukları sorulduğunda; toplam 60 kişi bir süre belirtmiş olup, 3 kişi tam süreyi hatırlamadığını belirtmiş kalanlar ise minimum 1 yıl maksimum 36 yıl arasında değişen süreler belirtmişlerdir. Ortalama süre ise $11,98 \pm 9,11$ yıl olarak bulunmuştur. 60 kişinin 33'ünde temaruz (+) iken 24'ünde temaruz (-)'dir (Tablo 22).

Tablo 22. Hastalık süresi belirtme/belirtmeme ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Süre belirten	33 (%57.9)	24 (%42,1)	57	0.176*
Herhangi bir süre belirtmeyen	16(%40)	24 (%60)	40	
Hatırlamıyorum	2(%66.7)	1(%33.3)	3	

*Fisher kesin p değeri uygulanmıştır.

Katılımcıların belirttikleri hastalık süreleri ile temaruz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Normal dağılıma uymadığından Mann Whitney U yapılmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Belirtilen hastalık süreleri ile temaruz ilişkisi

Grup	N	Ortalama süre	SS	p
Temaruz (+)	34	33.96	2.05	0.079*
Temaruz (-)	26	25.98	4.21	

*Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

4.6.12. Psikiyatrik tanılar ile temaruz ilişkisi

Şizofreni hastalığı tanısı olanların 10'unun (%52.6) temaruz (+) iken 9'unun (%47.4) negatif, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olan 10 kişinin 6'sında (%60) temaruz (+) iken 4'ünde (%40) negatif, madde kötüye kullanımı olanların 5'inin (%45,6) temaruz (+) iken 6'sının (%54,5) negatif, bipolar hastalık tanısı olanların 5'inin (%38.5) temaruz (+) iken 8'inin (%61.5) negatif, diğer psikotik bozukluk tanısı (şizofreni dışı) olanların 11'inin (%52.4) temaruz (-) iken 10'unun (%47.6) temaruz (+) olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Tablo 24. Psikiyatrik tanılar ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Şizofreni	10 (%52.6)	9 (%47.4)	19	1.000**
Şizofreni dışı diğer psikotik bozukluklar	11 (%52.4)	10 (%47.6)	21	0.611*
Antisosyal kişilik bozukluğu	6 (%60)	4 (%40)	10	0.739*
Madde Kötüye Kullanımı	5 (%45.6)	6 (%54.5)	11	0.527**
Bipolar bozukluk	5 (%38.5)	8 (%61.5)	13	0.552*

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır. ** Fisher kesin p değeri uygulanmıştır.

Katılımcıların 37'sinde vücudunun çeşitli yerlerinde kesiler mevcut iken 63'ünde herhangi bir kesi görülmemiştir. Kendine zarar verme davranışını sergileyenlerin 3'ü kadın iken 34'ü erkekti. Kendine zarar verme davranışı gösteren kişilerin ise %67.6'sında temaruz görülürken kendini yaralama davranışı olmayanların %39.7'sinde temaruz görülmüştür (Tablo 25). Bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 25.Kendine zarar verme davranışı ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Kesi (+)	25 (%67.6)	12 (%32.4)	37	0.013*
Kesi (-)	25 (%39.7)	38 (%60.3)	63	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

Antidepresan ilaç kullanan kişilerin 15'inin temaruz (+), 5'inin temaruz (-) olarak değerlendirilmiştir (Tablo 26). Ayrıca antidepresan ve diğer ilaçların kullanımı ile temaruz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 26. Antidepresan ilaç kullanımı ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Antidepresan	15 (%75)	5 (%25)	20	0.034*
Diğer ilaçlar	21 (%46.7)	24 (%53.3)	45	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

Antipsikotik ilaç kullanan kişilerin 27'si temaruz (+), 21'i temaruz (-) olarak değerlendirilmiştir (Tablo 27). Ancak antipsikotik ve diğer ilaçların kullanımı ile temaruz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 27. Antipsikotik ilaç kullanımı ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Antipsikotik	27 (%56.2)	21 (%43.8)	48	1.000*
Diğer ilaçlar	9 (%52.9)	8 (%47.1)	17	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

İlaç kullanımının düzensiz olduğunu belirten 12 kişinin temaruz (+) iken 5 kişinin negatif, ilaç kullanımını hatırlamadığını belirten 3 kişinin temaruz (+) iken 3 kişinin negatif olduğu, düzenli ilaç kullandığını belirten 17 kişinin temaruz (+) iken 15'inin negatif olduğu ve herhangi bir ilaç kullanmadığını belirten 18 kişinin temaruz (+) iken 27'sinin negatif olduğu görülmüştür (Tablo 28).

Tablo 28. Suç sırasında ilaç kullanımı iddiası ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
İlaç kullanımı yok	18 (%40)	27 (%60)	45	0.184*
İlaç kullanımı düzensiz	12 (%70,6)	5 (%29,4)	17	
İlaç kullanımı düzenli	17 (%53,1)	15 (%46,9)	32	
Bilinmiyor/hatırlanmıyor	3 (%50)	3 (%50)	6	

*Fisher kesin p değeri uygulanmıştır.

4.6.13. Özkıyım girişimi iddiası ile temaruz ilişkisi

Katılımcıların 45'i hayatları boyunca en az bir kez suicidal girişimde bulunduklarını, 55'i ise bulunmadığını bildirmişlerdir. Özkıyım girişimi bulunan kişilerin ise 36'sında temaruz (+) iken 9'unda temaruz (-) bulunmuştur (Tablo 29). Özkıyım girişimi olduğunu belirtenler ile temaruz arasındaki farklılık istatistiksel açıdan çok ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 29.Özkıyım girişimi iddiası ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Özkıyım girişimi var	34 (%75,6)	11 (%24,4)	45 (%100)	<0,001*
Özkıyım girişimi yok	16 (%29,1)	39 (%70,9)	55 (%100)	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

Özkıyım girişim sayıları 1 ve 1'den fazla olarak iki gruba ayrıldığında 1 kez suicidal girişimi olduğunu söyleyenlerde 12 kişide temaruz (+) iken 8 kişide temaruz (-), 2 ya da daha fazla suicidal girişimi olduğunu söyleyenlerde ise 22 kişide temaruz (+) iken 3 kişide negatif olduğu görüldü (Tablo 30). Ancak özkıyım girişimi sayıları ile temaruz arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 30.Özkıyım girişimi sayısı iddiası ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Özkıyım girişimi 1 kez	12 (%60)	8 (%40)	20 (%100)	0.041*
Özkıyım girişimi >1	22 (%88)	3 (%12)	25 (%100)	

*Fisher kesin p değeri uygulanmıştır.

Özkıyım ile mevcut suç arasında bir ilişki olup olmadığı sorulduğunda; 6 kişi ilişkisi olduğunu, 39 kişi ise bir ilişkisi olmadığını belirtmiştir. Özkıyım girişimi ile suç arasında ilişki olduğunu belirten 6 kişinin M-FAST sonucu pozitif olup; bir ilişki olmadığını belirten 30 kişinin M-FAST sonucu pozitif iken 6 kişinin ise negatif olarak bulunmuştur (Tablo 31). Ancak özkıyım girişimi suç ilişkileri ile M-FAST ölçeği arasında istatistiksel bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 31.Özkıyım suç ilişkisi ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Özkıyım girişimi-suç ilişkisi yok	28 (%71,8)	11 (%23,1)	39 (%100)	0.311*
Özkıyım girişimi-suç ilişkisi var	6 (%100)	0 (%0)	6 (%100)	

*Fisher kesin p değeri uygulanmıştır.

4.6.14. Geçmişte cezaevinde bulunma ile temaruz ilişkisi

Katılımcıların geçmişte cezaevinde bulunmaları sorgulandığında (mevcut suç dahil); 63 kişi cezaevinde bulunduğunu 37 kişi ise cezaevinde bulunmadığını belirtmiştir. Cezaevinde bulunanların 36'sında (%57,1) temaruz (+) iken 27'sinde (%42,9) temaruz (-) bulunmuştur. Cezaevinde bulunmayanların ise 23'ünde (%62,2) temaruz (-) iken 14'ünde (%27,8) temaruz (+)'dir (Tablo 32). Katılımcıların cezaevinde bulunmaları ile temaruz arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 32. Geçmişte cezaevinde bulunma ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Cezaevinde bulunmuş	36 (%57,1)	27 (%42,9)	63 (%100)	0.098*
Cezaevinde bulunmamış	14 (%27,8)	23 (%62,2)	37 (%100)	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

Katılımcılar arasında temaruz yapanların ortalama cezaevi süresi 27.75 ± 10.01 ay iken temaruz yapmayanlarda ortalama $15.63 \text{ ay} \pm 4.36 \text{ ay}$ olarak bulunmuştur (Tablo 33). Dağılım homojenite göstermediğinden Mann Whitney U yapılmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 33. Cezaevinde kalma süreleri ile temaruz ilişkisi

Grup	N	Ortalama süre (ay)	SS	p
Temaruz (+)	36	27.75	10.01	0.554*
Temaruz (-)	27	15.63	4.36	

*Mann Whitney U testi yapılmıştır.

4.6.15. Çocukluk Travmaları İddiaları ve Temaruz İlişkisi

Şiddete maruz kalmadığını belirtenlerin 34'ünde (%64,2) M-FAST testi negatif iken 19'unda (%35,8) temaruz (+)'dir. Şiddete maruz kaldığını belirtenlerin 21'inde temaruz (+) iken 12'sinde negatif, sık şiddete maruz kaldığını belirtenlerin 8'inde (%88,9) temaruz (+) iken 1'inde (%11,1) temaruz (-). Nadiren şiddet gördüğünü söyleyenlerin ise 3'ünde temaruz (-) iken 2'sinde pozitifdir (Tablo 34). Çocukken şiddet maruz kaldığını belirtenler ile temaruz arasında istatistiksel farklılık olduğu görüldü ($p<0,01$).

Tablo 34. Çocukken şiddete maruziyet iddiası ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Çocukken şiddete maruz kalmamış	19 (%35,8)	34 (%64,2)	53	0.005*
Çocukken nadiren şiddete maruz kalmış	2 (%40)	3 (%60)	5	
Çocukken şiddete maruz kalmış	21 (%63,6)	12 (%36,4)	33	
Çocukken sık şiddete maruz kalmış	8 (%88,9)	1 (%11,1)	9	

*Fisher kesin p sayısı uygulanmıştır.

Çocukken maruz kaldıkları şiddet türleri sorgulandığında 38 kişi fiziksel bir şiddetin uygulandığını, 5'i cinsel şiddete uğradığını, 4'ü ise sadece duygusal şiddete uğradığını belirtmiştir. Maruz kalındığı belirtilen şiddet türleri ile temaruz arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35. Çocukken maruz kalınan şiddet türü iddiası ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Fiziksel şiddet	26 (%68,4)	12 (%31,6)	38	0.728*
Cinsel şiddet	3 (%60)	2 (%40)	5	
Duygusal şiddet	2 (%50)	2 (%50)	4	

*Fisher kesin p sayısı uygulanmıştır.

4.6.16. Anne babanın hayatta/ayrılmış olması öyküsü ile temaruz ilişkisi

Katılımcıların 35'i annesinin ve/veya babasının hayatta olmadığını, 14'ü anne babasının ayrı olduğunu, 51'i anne ve babasının beraber olduğunu bildirmişlerdir. Anne ve/veya babasının hayatta olmadığını belirtenlerin 21'inde temaruz (+) iken, 14'ünde negatif, anne babası ayrı olanların 8'inde temaruz (+) iken 6'sında negatif bulunmuştur. Anne babası beraber olanlarda ise 21'inde temaruz (+) iken 30'unda temaruz (-) bulunmuştur (Tablo 36). Anne baba ayrılık/ölümü ile temaruz arasında istatistiksel bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 36. Anne baba ayrılığı/ölümü ile temaruz ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Anne ve/veya baba yok	21 (%60)	14 (%40)	35	0.185*
Anne baba beraber	21 (%41,2)	30 (%58,8)	51	
Anne baba ayrılmış	8 (%57,1)	6 (%42,9)	14	

*Pearson ki kare uygulanmıştır.

Katılımcıların 20'si (%20) aile içinde 15 yaşından önce bir birey kaybı yaşamıştır. 3 kişi annesinin, 8 kişi babasının, 7 kişi kardeşinin ve 2 kişi de aile içinde diğer bireylerden birinin kaybını yaşamıştır. Birey kaybı yaşamış olduğunu belirten katılımcıların 15'inde

(%75) temaruz (+) iken, 5'inde temaruz (-)'dir (Tablo 37). Katılımcıların aile içi birey kayıpları ile temaruz arasında istatistiksel olarak farklılık görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 37.Katılımcıların aile içi birey kayıp iddialarının temaruz ile ilişkisi

	Temaruz (+)	Temaruz (-)	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n	
Birey kaybı var	15 (%75)	5 (%25)	20	0.024*
Birey kaybı yok	35 (%43,8)	45 (%56,2)	80	

*Yates' corrected chi-square uygulanmıştır.

4.6.17. Bilirkişi Değerlendirmeleri ve Temaruz ilişkisi

Adli Tıp Kurumu'na gönderilmeden önce herhangi bir rapor mevcut olmayan katılımcı sayısı 61, TCK32/1 kapsamında değerlendirilen katılımcı sayısı 7, TCK 32/2 kapsamında değerlendirilen katılımcı sayısı 6, ceza sorumluluğu tam olarak belirlenmiş katılımcı sayısı 19 ve katılımcıların daha önce bir adli rapor düzenlendiğini ancak dosyada mevcut olmayan yani bilinmeyen sonuçlar ise 7'dir. Diğer bilirkişilerin TCK 32/1 kapsamında değerlendirdikleri katılımcıların %85,7'sinde temaruz (-), ceza sorumluluğu tam olarak değerlendirdikleri katılımcıların %73,7'sinde temaruz (+) iken diğer bilirkişilerin TCK 32/2 kapsamında değerlendirdikleri vakaların %66,7'sinde temaruz (+)'dir.

Tablo 38. Adli Tıp Kurumu dışındaki bilirkişi raporları.

ATK dışında rapor	M-FAST sonucu+	M-FAST sonucu-	Toplam	P
TCK 32/1	0 (%0)	6 (%100)	6	0.004*
TCK 32/2	4 (%66,7)	2 (%33,3)	6	
Ceza sorumluluğu tam	15 (%75)	5 (%25)	20	
Bilinmiyor	2 (%28,6)	5 (%71,4)	7	

*Fisher kesin p sayısı uygulanmıştır.

Adli Tıp Kurumu (Dördüncü İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi) 78 kişinin ceza sorumluluğunun tam olduğu yönünde, 4. İhtisas Kurulu 7 kişi için Gözlem kararı yönünde, 10 kişi için tıbbi evrak istenmesi yönünde, 5 kişi için ise ceza sorumluluğu olmadığı yönünde görüş bildirmiştir.

Ceza sorumluluğu tam olarak belirlenen katılımcıların 46'sının (%57.7) temaruz (+) iken 33'ünün (%41,7) negatif, gözlem kararı alınanların 5'inde (%71.4) temaruz (-) iken 2'sinde (%28.6) pozitif, tıbbi evrak istenenlerin 2'sinde(%20) pozitif iken 8'inde (%80) negatif, ceza sorumluluğu yok olarak karar alınanların 4'ünde (%100) temaruz (-)'dir. Elde edilen sonuçlar arasındaki bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.01$). (Tablo 39).

Tablo 39. Adli Tıp Kurumu bilirkişi görüşleri.

ATK rapor	M-FAST sonucu+	M-FAST sonucu-	Toplam	P
Ceza sorumluluğu tam	46 (%58.2)	23 (%41.7)	79	0.009*
Gözlem Kararı	2 (%28.6)	5 (%71.4)	7	
Tıbbi evrak	2(%20)	8(%80)	10	
TCK 32/1	0 (%0)	4 (%100)	4	

*Fisher kesin p sayısı uygulanmıştır.

Gözlem İhtisas Dairesi M-FAST puanları ortalama 8.38 ± 6.36 iken 4. İhtisas Kurulu M-FAST puanı ortalama 7.48 ± 6.48 olup; Gözlem İhtisas Dairesi ve 4. İhtisas Kurulu M-FAST puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ayrıca temaruz yapanların %54'ü Gözlem İhtisas Dairesi, %46'sı 4. İhtisas Kurulu olgularından olup aralarında istatistiksel bir farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Diğer bilirkişilerin TCK 32/1 olarak değerlendirdiği 6 kişinin 2'sinde gözlem kararı alınırken 1'inde 32/1 düşünüldüğü, TCK 32/2 olarak düşünülen 6 olgunun 1'ine gözlem kararı verilirken 2'sinden tıbbi evrak istendiği ve ceza sorumluluğu tam olarak değerlendirilen 20 olgunun 18'ine ceza sorumluluğu tam yönünde karar verilmiştir. Ancak bilirkişi görüşleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 39).

Tablo 40. Bilirkişiler arasındaki görüş farklılıkları.

Diğer bilirkişilerin görüşü	TCK 32/1 n (%)	TCK 32/2 n (%)	CET n (%)	P
ATK görüşü				
Ceza sorumluluğu tam	3	3	18	0.119*
Gözlem Kararı	2	1	0	
Tıbbi evrak	0	2	2	
TCK 32/1	1	0	0	

*Fisher kesin p sayısı uygulanmıştır.

5.TARTIŞMA

Temaruz klinik pratikte %1 gibi (5) çok düşük bir oranda görülmekte ve bu durum zaman zaman bazı klinisyenler tarafından göz ardı edilerek kabul bile görmemektedir. Ancak özellikle adli tıp hekimleri tarafından yapılan çalışmalarda temaruzun hiç de nadir bir durum olmadığı ortaya konmaktadır (56). Bu nedenle rutin klinik muayenelerde önemli bir yeri olmasa da kişi adli bir gerekçe ile muayene için gönderildiğinde temaruz konusu mutlaka göz önünde bulundurularak araştırılmalıdır.

Ceza sorumluluğu değerlendirilirken kişinin herhangi bir akıl hastalığına musab olup olmadığını ve musab olduğu akıl hastalığının olay anında belirleyici bir faktör olup olmadığını değerlendirmek pratik uygulamada oldukça güçtür. Kişi muayene için bilirkişiye gidene kadar cezaevi ya da hastane gibi birçok yerde hastaları gözlemleyerek ya da birilerinden duyarak bazı hastalıkları öğrenebilir ve bunları taklit etmeye çalışabilir. Bu durum sıklıkla kolay bir şekilde ayırt edilebilirken, bazı durumlarda bunu ayırt edebilmek özellikle kişinin hastalık hakkındaki bilgisi ve bunları taklit edebilme yeteneği iyi ise zor olabilmektedir. Resnick ve Knoll'un da "Clinical Assessment of Malingering and Deception" kitabında belirttikleri gibi klinisyenin birçok tanıyı aynı anda düşünerek sistematik bir yaklaşım sergilemesi oldukça önemlidir (7).

Çalışmada araştırma evreninin %11'i kadın iken %89'u erkek idi. TÜİK 2015 Ceza İnfaz Kurumu istatistiklerine göre hükümlü ve tutukluların %96,3'ünü erkekler %3,7'sini kadınlar oluşturur iken (57), çalışmada kadınların oranı söz konusu istatistikten göreceli olarak daha yüksek görünmektedir. Literatürde de fuhuş haricindeki tüm suç kategorilerinde erkekler çoğunluğu oluşturmaktaydı (58). Çöpoğlu ve arkadaşları, ceza sorumluluğu değerlendirilmesi için gönderilmiş olgularla yaptıkları çalışmalarında %87,7 oranında ve Keyvan ve arkadaşları çalışmasında %92,8'i erkek bireylerin olduğu ve bu oranların bu çalışmadaki oran ile oldukça benzerlik gösterdiği görülmektedir. Çalışmada en küçüğü 20, en büyüğü 62 yaşında olmak üzere bireylerin yaş ortalamalarının 35.78 ± 9.94 olduğu görülmüştür.

Çalışmada olguların %7'sinin okur yazar, %32'sinin ilkokul mezunu, %30'unun ilköğretim mezunu, %25'inin lise mezunu ve %6'sının üniversite veya yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Suç ile eğitim düzeyi arasında ters bir orantı bulunmaktadır. Kişinin eğitim seviyesi arttıkça, suça karışma oranının da azalması beklenmektedir. Aynı zamanda

düşük eğitim seviyesinin yineleyici suçlar bakımından da önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (59). Çöpoğlu ve arkadaşları çalışmalarında, suça karışmış olan toplam 412 kişinin %68,3'ünün eğitim seviyesini 5 yıl ve altı olarak bulmuşlardır (60). Buna karşılık eğitim seviyesinin yüksek olması belli suç gruplarında anlamlı olarak daha yüksektir. TÜİK 2015 verilerine göre; hırsızlık, yaralama gibi suçlarda daha düşük eğitim seviyesi dikkat çekerken İcra İflas Kanunu'na muhalefet suçunda %17,4 gibi yüksek oranlarda yükseköğretim mezunları yer almaktadır.

Temaruz klinisyenler tarafından tanı olarak sıklıkla tercih edilmediğinden bu konu ile ilgili bir oran vermek oldukça güçtür. Nitekim literatürde de oranlar oldukça farklılık göstermektedir. Vitacco ve arkadaşları çalışmalarında bu oranı %21 (61), McDermott ve Sokolov'un SIRS ölçeği kullanarak yaptıkları benzer bir çalışmada temaruz oranı %66 (11) ve Chafetz ve Underhill sosyal güvenlik ile ilişkili engellilik durumlarındaki temaruz oranını %45.8 ile %59.7 arasında değiştiğini belirtmişlerdir (62). Rogers, temaruzun adli uygulamada tüm referanslarla birlikte yapıldığında %10-30 gibi bir oranda değişeceğini ancak M-FAST gibi geçerliliği olan bir ölçek kullanıldığında bu oranın %50'yi geçmesinin olası olduğunu belirtmiştir (56). Nitekim Keyvan ve arkadaşlarının M-FAST ile yaptıkları çalışmada temaruz oranının %48.5 olduğu (12) görülmektedir. Bu çalışmada da literatür ile uyumlu olacak şekilde M-FAST ölçeği kesme değeri Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında belirlenmiş olan ≥ 7 olarak alınmış olup; 100 kişinin 50'sinin (%50) M-FAST sonucu pozitif bulunmuştur. Diğer ölçeklerde olduğu gibi bu ölçekte de önemli pozitiflikler ya da negatiflikler görülebilmektedir. Ancak ölçekte kesme skorları yalancı negatifliklerin daha az olması yönünde seçilmiştir (55). Keyvan ve arkadaşlarının çalışmasında 7 olguda yalancı pozitiflik, 2 olguda da yalancı negatiflik görülmüştür (12). Ancak bu çalışmada klinisyenlerin de görüşleri doğrultusunda sadece 7 olguda yalancı pozitiflik ya da negatiflik dışlanamamıştır. Bunun nedeninin, söz konusu 7 olguda mükerrer muayenelerin olmaması ve muayenelerin kısa süreli gerçekleşmiş olması olduğu düşünülmüştür. Bu yüzden toplam temaruz yapan kişi sayısı M-FAST sonuçları üzerinden değerlendirilmiş olup temaruz oranı %50 olarak kabul edilmiştir.

Temaruz yapanların ortalama yaşı Vitacco ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 31.29 ± 9.86 (61), İran'da yapılmış bir çalışmada 40.31 ± 15.12 iken (10) gerçekleştirdiğimiz çalışmada temaruz yapanların yaş ortalaması $37,10 \pm 10,77$ temaruz yapmayanların ise $34,46 \pm 8,95$ 'idi. 1984'de yapılmış çalışmalarda daha genç yaştakilerin

daha çok temaruz yaptığı yer almaktadır. (67) Daha sonraki yıllarda yapılmış olan çalışmalarda da genç olan bireylerin daha impulsive (dürtüsel) ve daha çok risk almaya eğilimli olmalarından dolayı daha genç bireylerde daha çok temaruz görüldüğü belirtilmiştir (63). Bu çalışmada ise literatürden farklı olarak daha genç olanlarda temaruzun olmadığı görülmektedir. Ancak bu çalışmada yaş ortalamaları ile temaruz arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Norris ve May çalışmalarında temaruz yapan kişilerin eğitim seviyelerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir (64). Bunun en önemli gerekçelerinden biri, eğitim seviyesi düşük kişilerin hastalık taklidini yapma hususunda başarılı olamamaları ve sonuç olarak kişilerin temaruz yaptıklarının kolaylıkla anlaşılır olmasıdır. Bu çalışmada kişilerin eğitim düzeyleri ile temaruz arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Temaruz yapanlarda eğitim süresi ortalama 7.44 ± 2.94 yıl, yapmayanlarda 8.96 ± 3.59 yıl bulunmuştur. Kişilerin eğitim seviyesi düştükçe temaruz oranı artmaktadır.

Çalışmadaki olguların medeni durumları %54'ü bekar, %30 evli, %4'ünün eşi ölmüş ve %12'si eşinden ayrı idi. Literatürde medeni durumun temaruz ile olan ilişkisine dair bir çalışma olmamakla birlikte Saberi ve arkadaşlarının çalışmasında temaruz yapan toplam 45 kişinin %33,3'ünün bekar, %64,4'ünün evli ve %2,2'sinin eşinden ayrılmış olduğu görülmüştür (10). Bu çalışmada temaruz ile medeni durum arasındaki farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0,01$). Temaruz bekar olan kişilerde %35,2 oranında görülürken; evli olanlarda %63,3, eşinden ayrılmış olanlarda %66,7 ve eşi ölmüş olan kişilerde % 100 oranında görülmüştür. Bu sonuç, evli, ayrılmış ya da eşi ölmüş olan kişilerde temaruz oranının yüksek olduğunu göstermektedir.

Erkeklerin kadınlara göre daha fazla temaruz yaptığı literatürde yer almaktadır (65). Saygılı ve Aliustaoğlu'nun çalışmasında (66), suç işleyen 45 kadın olgunun sadece 2'sinde temaruz tanısı yer almıştır. Çalışmada erkek/kadın temaruz oranı 43/7 olarak görülse de, kadınların %63,6'sının, erkeklerin %48,3'ünün temaruz yaptığı görülmüştür. Ancak bu oranlar istatistiksel olarak anlamlı değildir çünkü kadınların sayısı erkeklere oranla oldukça azdır. Bundan sonraki çalışmalarda daha uygun örneklemelerle cinsiyetler arası farklılıklara ilişkin yorum yapmak daha yerinde olacaktır.

Alpay ve Karamustafaoğlu madde bağımlıları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, olgularının %77'sinin herhangi bir suça karıştığı (67), Çöpür ve arkadaşlarının 197 madde

bağımlısı ile yaptıkları çalışmada, madde bağımlılarının %69,5'inin daha önce en az bir suça karışmış olduğu (68), Ögel ve arkadaşlarının 369 madde bağımlısı ile yaptıkları çalışmada, olgularının %65'inin yasalarla sorun yaşadığı ve bunun %64,3'ünün madde kullanımı ile ilgili olmadığı ve suç oranının esrar ve eroin kullananlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (81). Bu çalışmada, en az bir kez herhangi bir maddeyi denediğini belirten, birçoğu birden fazla madde kullanan toplam 43 kişinin (%43) kullandıkları maddelere ilişkin sayısal veriler Grafik 6'da verilmiştir. Bu çalışmadaki sonuçlar ile literatürdeki madde kullanımı ile kriminal öykü arasındaki ilişki uyumludur. Literatürde temaruz yapanlarda daha sık psikoaktif madde kullanımı olduğu yer almaktadır (61,70). Gacono ve arkadaşlarının çalışmasında da temaruz yapanlarda yüksek oranda madde kullanımı olduğu görülmüştür (63). Bu çalışmada ise madde kullanımı olduğunu belirtenlerin %55,8'inin temaruz yaptığı görülmüştür. Ancak sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bunun nedeninin, kişilerin önemli bir kısmının maddeyi sadece bir kez deneyimlemiş olması ve daha çok ortamın sağladığı kolaylıklardan (arkadaş ortamında denemek vs) kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Eğitim düzeyinde olduğu gibi kişinin herhangi bir işte çalışıp çalışmaması suç için belirleyici bir unsurdur. Geliri olan bireylerin, suç ile ters orantılı bir şekilde daha az suça karışması beklenmektedir. (10) Bu çalışmada herhangi bir işi olmayan kişi oranının %37 olduğu görülmektedir. Bu oranın Türkiye'deki işsizlik oranı olan %10,2 gibi bir orandan yüksek olması işsiz olanların daha çok suça karıştığını göstermektedir. Saberi ve arkadaşları 45 temaruz olgusu ile yaptıkları çalışmada işsiz/işi olan oranının 20/25 olduğu, ancak özellikle işsiz olan kişilerin yeterli zeka ve bilgileri olmadığından psikoz simülasyonunda daha zayıf kaldıklarını söylemişlerdir. Bu çalışmada temaruz yapan kişilerdeki işsiz ya da düzensiz işler/işi olan oranı 32/18 idi. İşsiz olan ya da değişken işlerde gününbirlik çalışanlarda temaruz oranı %56,8 ve %57,9 iken diğer grupta %40,9 oranında temaruz görülmüştür. Ancak bu sonuç temaruz için anlamlı olarak değerlendirilememiştir ($p>0,05$).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 ülkede yapmış olduğu çalışmada şizofreninin başlangıç yaşının erkeklerde 30,1 ve kadınlarda ise 26,7 olduğu (71) ve Akkaya ve Cengiz'in çalışmasında da bipolar bozukluğun ilk başvurusunun 18 yaş öncesi bir zamana uzanabileceği (72) yer almaktadır. Çalışmada hastalığın başlangıç yaşının 15 yaş öncesi olduğunu söyleyen toplam 5 kişi olup; bunların %80'ininde temaruz görülürken %20'sinde görülmemiştir. Ancak belirttikleri yaşlar ile temaruz arasındaki ilişki önemli bir farklılık oluşturmamaktadır. Bu durum temaruz yapan kişilerin birçoğunun aslında hastalık ile ilgili bilgisinin kötü olmadığını

göstermektedir. Çalışmada, temaruz yapanların ne kadar süredir hasta oldukları ile ilgili belirttikleri ortalama süre $33.96 \pm 2,05$ yıl iken temaruz yapmayanların belirttikleri süre $25.98 \pm 4,21$ yıl idi. Bu durum temaruzda sıklıkla kişilerin inandırmaya çalışmak için hikayelerini de çok abartılı sunmaları olarak düşünülmüştür.

DSM 5'e göre, kişide antisosyal kişilik bozukluğu olduğu durumda temaruz olasılığının da düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir (8). Antisosyal kişilik bozukluğunun toplumsal normlarda daha fazla aldatıcı olmasının klinikte de böylesi bir sezgiye yol açmış olabileceği düşünülmektedir. (73) Ancak Salekin ve Kubak ilgili kitap bölümünde, her sosyapatın bu şekilde değerlendirilmemesi gerektiğini belirtmiştir (17). Gacono ve arkadaşları ise çalışmalarında temaruz yapanlarda yüksek oranda antisosyal kişilik bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir (63). Literatür ile uyumlu şekilde bu çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olanların %60 oranında temaruz yaptığı görülmüştür. Ancak bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bunun nedeni antisosyal kişilik bozukluğu tanısı olan kişilerin sayısının olmayanlar ile kıyaslandığında oldukça az olması olarak düşünülmüştür. Diğer yandan çalışmada, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan kişilerin dosyalarında yer alan tıbbi kayıtlardan bir değerlendirmeye gidilmiş olduğundan önemli eksikliklerin de olabileceği düşünülmüştür.

Kadın erkek oranı ile ilgili değişik çalışmalar olmakla birlikte kendine zarar verme davranışı 3'ü kadın olmak üzere toplam 37 kişide görülmüştür. 37 kişinin tamamında bu davranış, vücudunun çeşitli yerlerinde kesi oluşturmak suretiyle oluşturulmuştur. Bu durum literatürde, kriminal öyküsü olanlarda bir uyum davranışı olabileceği gibi, bir takım sorumluluklardan kaçınmak ya da bazen bir takım kolaylıklar sağlamak için de yapılabileceği belirtilmektedir (69). Kriminal özgeçmişli olanlarda %57,4 gibi bir oranda temaruz görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$). Literatür ile uyumlu olacak şekilde, kendine zarar verme davranışı olan kişilerin % 89,2'sinde kriminal bir geçmiş olduğu ve kendini yaralama davranışı sergileyenlerin %67.6'sının temaruz yaptığı görülmüştür. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sıklık bakımından temaruz belirtileri arasında ikinci en önemli grubu depresif belirtiler oluşturmaktadır. Özellikle hükümlüler daha konforlu bir ortam ya da çeşitli maddelere ulaşmak, ailesinin desteğini almak için depresif belirtileri taklit etmeyi tercih edebilmektedir. (70). Yine başka bir çalışmada da duygudurum ve affekt davranışlarının

%68,9 oranında taklit edildiği ve grubun büyük çoğunluğunu da depresyonun oluşturduğu görülmektedir (10). Depresyonu taklit etmek diğer hastalıklara göre görece daha kolaydır. (5) Adli Psikiyatri Uygulama klavuzu kitabının “hekimî yanıltma davranışı” bölümünde yazar, suç işlemiş olan bireylerin özellikle bilirkşiye gitmeden önce bir antidepresan tedavi alma çabası içinde olmalarına vurgu yapmıştır. Literatürde de diğer ilaç kullanımlarından ziyade antidepresan ilaç kullanımının temaruz yapanlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir (63). Çalışmada literatür ile uyumlu olacak şekilde antidepresan kullanımı olanlarda %75 oranında temaruz görülürken diğer ilaç gruplarında temaruz oranı %46.7’dir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bagby ve arkadaşlarının çalışmasında depresyon ile ilgili sahte semptom üretenler gerçek hastalarla karşılaştırılmış ve sahte semptom üretenlerde depresyon skalasının daha yüksek değerler aldığı görülmüştür (74). Bu durum, kişilerin özellikle kendilerini daha kötü olduklarına inandırmaya çalışması olarak düşünülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü’nün en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak nitelendirdiği depresyon, Türkiye’de genel popülasyonda %4 oranında görülmektedir. Görgülü ve Tutarel’in Ceza İnfaz Kurumunda yaptıkları çalışmada, 326 erkek olgunun %69 oranında depresyon, %22 oranında şiddetli depresyon olduğu görülmüştür (75). Bu çalışmada antidepresan kullanan kişilerin gerçekten depresyon hastası mı olduğu yoksa bir fayda elde etmek için mi bu ilaçların reçete edildiği konusunda yorum yapılamamaktadır. Kişilerin gerçek semptom ya da hastalıklarına ilişkin bir takım geçerli tanı ölçekleri ile bu durumun açıklığa kavuşturulması yerinde olacaktır.

Major depresyon ve borderline kişilik bozukluğu belirtileri arasında yer alan suisid girişimi, tamamlanmış suicidal girişimlerden 20 kat daha sıklıdır (76). Görgülü ve Kışlak çalışmasında (75), tutuklu ve hükümlülerde %88 oranında intihar olasılığı belirlemiştir. Çalışmada suicidal girişim iddiası olduğunu söyleyenlerde %75.6 oranında temaruz görülmüştür ve bu farklılık istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir bulgudur ($p<0,001$). Suisidal girişim iddiası 1 kez olanlar ve 1’den fazla olanlar olarak gruplandırdığımızda ise, suicidal girişim iddiası 1’den fazla olduğunu iddia eden kişilerde %88 oranında temaruz görülmekte olup istatistiksel açıdan da anlamlı bir bulgudur ($p<0,05$). Ger ve arkadaşları hükümlülerde buldukları intihar ile temaruz ilişkisinin kişilerin özellikle aileleri ile görüşmek konusunda bir motivasyon kaynağı oluşturduğuna değinmişlerdir (70). Çalışmada da istatistiksel bakımdan anlamlı görünen bu bulgunun temaruz açısından belirleyici bir faktör olarak daha sonraki çalışmalarda kullanılabileceği düşünülmektedir.

Çocukluk çağı travma öyküsünün, birçok psikiyatrik hastalık ile ilişkisi olduğu hatta hastalık oluşumunda risk faktörü olarak kabul edildiği bilinmektedir. Dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi hastalıklarda özellikle çocukluk çağı istismarının belirgin rol oynadığı bilinmektedir (77). Çalışmada kişilerin kendilerinden elde edilen çocukluk ve aile içi travmalarla ilgili cevaplar ile temaruz arasındaki ilişki temaruz açısından önemli belirleyici olarak nitelendirilmiştir. Ailede bir birey kaybı olduğunu belirtenlerin %75'inde temaruz görülmesi istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($p<0,05$). Ayrıca çocukken herhangi bir şiddete maruz kaldığını belirtenlerin %63,6'sında, sık şiddete maruz kaldığını belirtenlerin %88,9'unda temaruz görülürken herhangi bir şiddete maruz kalmadığını belirtenlerin %64,2'sinde temaruz görülmemesi istatistiksel bakımdan ileri derecede anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,01$). Bu durum çocukken istismara uğramış olan kişilerde dissosiyatif kişilik bozukluğu gibi birçok psikiyatrik probleme yol açtığından kişilerde temaruzun da daha sık görülmesini düşündürmektedir. Diğer yandan, kişinin suçu akla uygun hale getirmek için parçalanmış ya da travmatik bir aile yaşantısı ile hikâyeyi zenginleştirmek için de bu durumu uydurmuş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada tek bir suç türü alınmadığından suç türleri arasında da homojen bir dağılım görülmemiştir. Suç türleri arasında en büyük grubu adam öldürme (%18) ile hırsızlık (%17) suçları oluşturmıştır. Gacono ve arkadaşlarının çalışmasında, özellikle şiddet içeren suçlarda daha fazla temaruz olduğu söylenmektedir (63). Diğer yandan başka bir çalışmada daha çok hırsızlık suçlarında temaruz görülürken şaşırtıcı bir şekilde adam öldürme suçlarında daha az oranda temaruz görüldüğü yer almaktadır (78). Bu çalışmada da, mevcut suçlar suçun yönüne göre gruplandırıldığında insana dönük suçlarda daha az temaruz görülürken diğerlerinde (mala karşı, kamu düzeni ve diğer) temaruz daha fazla görülmektedir. Aralarındaki bu fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmuştur ($p=0,01$). İnsana dönük suçlar ise adam öldürme/öldürme girişimi ve diğerleri olarak gruplandırıldığında ise adam öldürme/öldürme girişiminde %50 oranında temaruz görülürken diğerlerinde %30,7 oranında temaruz görülmektedir. Bu durum göreceli olarak daha çok şiddet içeren suçlarda daha yüksek oranda temaruz görülür olarak görülse de aralarındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p>0,05$).

Şizofreni hastalarının daha çok kendi akrabalarına yönelik suçlar işlediği bilinmektedir (70,79). Ger ve arkadaşlarının çalışmasında, temaruz yapan grupta akraba dışı kişilere karşı

işlenmiş suçların (%93,5) istatistiksel olarak anlamlı yüksekliği görülmektedir (70). Buna karşın bu çalışmada kişiye karşı işlenmemiş olan suçların %70,6'sında temaruz görülürken; akrabalara karşı işlenmiş olanların 10'unda (%45,5), akraba dışı bireylere karşı işlenmiş olanların ise 16'sında (%36,4) temaruz görülmüştür. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ($p<0,01$). Ancak bu durum literatürdeki gibi sadece kişiye yönelik suçlar bakımından değerlendirildiğinde temaruz yapan grupta toplam 26 kişinin %61,5'ini akraba dışı kişilere karşı işlenmiş suçlar oluştururken %38,5'ini akrabalara karşı işlenmiş suçlar oluşturmaktadır. Yine de bu oransal farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum ise temaruzda suçların sadece akraba/akraba dışı kişilere işlenmiş suçlar olarak değil suçun diğer unsurlarıyla birlikte değerlendirilmesinin daha doğru olduğunu düşündürmüştür.

Literatürde, suça karışmış bireylerin psikiyatrik tanılarında özellikle şizofreni ya da şizoafektif bozukluk gibi durumlarda temaruz görülmemesi yer almaktadır. Çalışmada psikiyatrik tanılarına göre istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamış olsa da özellikle şizofreni tanısı olan kişilerin %52,6 oranında temaruz yaptığı görülmüştür. Genellikle literatürde bu durum bir risk faktörü olarak değerlendirilmese de Resnick, şizofreni hastalarının da temaruz yapabileceğinden, hatta kişideki şizofreni tanısı nedeni ile kişinin söylediği şeylerin halüsinasyonlarını da daha inandırıcı hale getirmek için söylemiş olabileceğinden bahsetmiştir (örneğin kısmi remisyonda olan kokain bağımlısı şizofren hastasının aslında annesini kokain parası alamadığı için öldürmüş olması ancak kendisinin annesini öldürmesini Tanrı'nın istediği yönünde halüsinasyonlardan bahsetmesi) (7). Böylesi durumlarda kişilerin tıbbi kayıtlarında şizofreni tanısının olması klinisyenin daha az şüpheli olmasına, hatta hiç şüphe duymamasına neden olabilir. Yine de bu çalışma sonuçları da özellikle "kısmi remisyonda" olan hastalarda durumun daha dikkatlice değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Diğer psikotik bozukluklar grubunda ise akut haller ya da madde kullanımına bağlı psikoz gibi durumlar birlikte genel başlık altında toplanmıştır. Akut ya da geçici olarak nitelendirilen psikoz çoğunlukla bir nedeni olmayan ve 3 aydan daha uzun süremeyen durumlarda tanı almaktadır ve hekimler tarafından özellikle akut psikoz tanısının, Sosyal Güvenlik ödemelerinden kaynaklı, hastalarının ilaç alabilmesi için zaman zaman yazıldığı bilinmektedir. Bu yüzden çalışmada psikotik bozukluk tanısı olanlarda temaruz oranının %47,6 gibi yüksek bir oranda olmasının gerçekten psikotik bozukluk geçmişi olan kişilerdeki temaruz oranından daha yüksek bir oranı yansıttığı düşünülmüştür. Diğer taraftan şizofrenide

olduğu gibi psikotik bozukluklarda da kişi eğer geçmişteki psikotik süreci taklit ediyorsa bunun anlaşılması zor olacaktır (25).

Temaruz daha çok cezaevi deneyimi olanlarda (%72) görülmektedir. Ayrıca bu çalışmada temaruz yapanlarda ortalama cezaevi süresi daha fazla iken yapmayanlarda ortalama süre daha az olarak bulunmuştur. Ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Ger ve arkadaşlarının çalışmasında da cezaevinde geçirilen süreler temaruz açısından belirleyici bir faktör olarak görülmemiştir (70).

Ceza sorumluluğunun belirlenmesi amacıyla TCK 32/1. ve TCK 32/2. maddesi gereğince suç işleyen kişilerin akıl sağlığının suç işlediği sırada tamamen ya da kısmen bozuk olup olmadığının tespiti istenebilmektedir. Bilirkişilerin ceza sorumluluğuna ilişkin görüşleri ile kıyaslandığında M-FAST sonucuna göre temaruz düşünülen 46 kişiye (%92) ceza sorumluluğu tam olduğu yönünde, M-FAST sonucu negatif olan 4 kişiye ise ceza sorumluluğunun olmadığı yönünde karar verilmiştir. M-FAST sonucu pozitif olan diğer kişilerin 2'sinden tıbbi evrak istenirken 2'sinin gözlem altına alınması nedeniyle bir karara bağlanmamıştır. Literatürde direk bir tanı yöntemi olarak kullanılmasının sakıncalarından bahsedilse de M-FAST sonuçları ile bilirkişilerin görüşleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Diğer bilirkişi görüşleri ile kıyaslandığında ise sadece 32 raporda bilirkişilerin görüşleri bilinmekle beraber ceza sorumluluğu tam olarak değerlendirilen 6 kişinin M-FAST sonucu negatif, TCK 32/2 olarak değerlendirilen 6 kişiden 4'ünün (%66,7) M-FAST sonucu pozitif, 2'sinin (%33,3) negatif, ceza sorumluluğu tam olarak değerlendirilen 20 kişiden 15'inin (%75) ise M-FAST sonucu pozitif olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan Gözlem İhtisas Dairesi ve 4. İhtisas Kurulu'nda değerlendirilen olgular arasında temaruz bakımından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ceza sorumluluğu değerlendirmeleri konusunda Türkiye'de yapılmış çalışmalar sınırlı olmakla birlikte; Çöpoğlu ve arkadaşları, değerlendirdikleri olguların %33,1'inin ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar vermiş (60), çalışmamızda bu oran (ATK görüşüne göre %79, diğer bilirkişi görüşlerine göre %56) ise oldukça yüksek çıkmıştır. Bu durum, diğer hastanelerdeki raporlara olan itirazlar da dahil kişilerin en son olarak Adli Tıp Kurumu'na gönderilmiş olmaları dolayısıyla olayın ardından uzun bir sürenin geçmiş olmasına yani kişinin hastanede ya da cezaevinde birçok kişiyi gözlemlemesine, bir şeyler öğrenmesine ve bu sürede daha fazla planlar yapmasına neden olabileceği olarak düşünülmüştür. Bu nedenle ceza davaları değerlendirilirken davalının kısa

süre içinde hastanede muayenesinin yapılması kişinin daha stratejik bir plan yapmasını engelleyecek önemli bir adım olacaktır (7).



6.SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Ceza sorumluluğu değerlendirmelerinde kişilerin önemli bir bölümü temaruz yapmaktadır.

2. Erkek cinsiyet daha fazla suça karışmaktadır ancak temaruz açısından cinsiyetler arası bir farklılık yoktur.

3. Eğitim düzeyi ve iş durumu suç için önemli belirleyicilerdendir. Eğitim düzeyi ortalama süre olarak daha düşük olanlarda daha fazla temaruz görülmektedir. Ancak iş durumu temaruz için anlamlı bulunmamıştır.

4. Temaruz yapan kişilerin yaşça daha büyük oldukları görülmüş olsa da istatistiksel olarak yaşlar arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

5. Suça karışmış bireylerin büyük çoğunluğu bekar iken evli, boşanmış ya da eşi ölmüş olan kişilerde çok daha fazla temaruz görülmüştür ve bu bulgu ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur.

6. Psikoaktif maddeyi bir kez deneyenlerde yüksek oranda temaruz görülse de anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Bu konu madde kötüye kullanımı olanlarda çalışılarak desteklenebilir.

7. Temaruz yapan kişilerin önemli bir kısmının hastalıklar konusunda bilgisinin kötü olmadığı kanaati oluşmuştur.

8. Antisosyal kişilik bozukluğunun direk temaruz ile ilişkisinin kurulamadığı ancak kendini yaralama davranışı ve suicidal girişimler gibi antisosyal davranışların temaruz bakımından anlamlı olduğu görülmüştür.

9. Depresif belirtilerin temaruzda önemli bir rol oynadığı, antidepresan ilaç kullanımı olanlarda daha fazla temaruz olduğu görülmüştür.

10. Çocukluk travmaları ya da aile içi birey kaybı olduğunu söyleyen kişilerin daha çok temaruz yaptığı görülmüştür.

11. Kişiyeye karşı işlenmemiş suçları bulunalarda daha fazla temaruz görülmekle beraber kişiyeye karşı işlenmiş suçlar ise akraba ve akraba dışı bireye karşı işlenmiş suçlar olarak sınıflandırıldığında temaruz açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

12. Kişilerin tıbbi dosyalarında yer alan şizofreni ya da diğer psikotik bozukluklar gibi önemli tanılarda temaruz olasılığı göz ardı edilmemelidir.

13. Cezaevi sürelerinin temaruz için önemli bir belirleyici olmadığı görülmüştür.

14. MFAST ölçeği diğer ölçekler gibi yanlış pozitiflik ya da negatiflikler içerebilir ancak çalışmada bilirkşi görüşleri ile sonuçları arasındaki ilişki ikisinin birbirini önemli oranda desteklediğini göstermiştir. Ceza değerlendirmeleri gibi zorlu süreçte bu ölçek özellikle adli tıp uzmanları tarafından hem pratik hem de önemli bir tetkik olarak kullanılabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Tuğcu H. Adli Tıp ve Simülasyon. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30:32-6.
2. Oral G. (1999) Adli Psikiyatri. Adli Tıp Cilt 3 Kitabı (içinde) (editörler: Soysal Z, Çakalır C.) s: 1550-71, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul.
3. Yıldırım E. (2009) Bellek Kusuru Yakınması Olan Hastalarda Simülasyon Olasılığının Olaya İlişkin Beyin Potansiyelleri ile Değerlendirilmesi, Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
4. Kucharski LT, Duncan S, Egan SS, Falkenbach DM. Psychopathy and Malingering of Psychiatric Disorder in Criminal Defendants. Behavioral Sciences and the Law Behav. Sci. Law 2006;24: 633-44.
5. Soysal H. (2014) Hekimi Yanıltıcı Davranış. Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu (içinde). (editör: Uygur N.) s:251-68, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
6. Lebourgeois H, Thompson J, Black F. (2010) Malingering. Textbook of Forensic Psychiatry(içinde), (editörler: Simon RI, Gold LH), S:453-82, American Psychiatric Publishing, Inc. London.
7. Resnick P, Knoll J. (2008) Malingered Psychosis. Clinical Assessment of Malingering and Deception kitabı (içinde). (editör: Rogers R.) s:51-68, The Guilford Press, New York.
8. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). (çeviri: Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
9. Vitacco M. (2008) Syndromes Associated with Deception. Clinical Assessment of Malingering and Deception kitabı (içinde) (editör: Rogers R) s:39-50, The Guilford Press, New York.
10. Saberi S, Sheikhezadi A, Ghorbani M, Nasrabadi Z, Meysamie A, Marashi S. Feigned symptoms among defendants claiming psychiatric problems: Survey of 45 Malingerers. Iranian Journal of Psychiatry, 2013; 8(1): 14-19.
11. McDermott B, Sokolov G. Malingering in a correctional setting: the use of the structured interview of reported symptoms in a jail sample. Behav Sci Law, 2009; 27 (5): 753-65.
12. Keyvan A, Ger M, Ertürk S, Türkcan A. Miller-Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği (M-FAST) Türkçe Formu'nun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Arch Neuropsychiatr , 2015; 296-302.

13. McCullumsmith C, Ford C. Simulated Illness: The Factitious Disorders and Malingering. *Psychiatr Clin N Am*, 2011; 34 (3): 621-41.
14. Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, Gieler U, Martin K. F, Klapp B. Frequency of ICD-10 Factitious Disorder: Survey of Senior Hospital Consultants and Physicians in Private Practice. *Psychosomatics*, 2007;48 (1): 60-4.
15. Öztürk O, Uluşahin A. (2015) Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları kitabı (içinde) (editörler: O. Öztürk, A. Uluşahin). S:335-63, Bayt Ltd. Şti., Ankara.*
16. Öztürk O, Uluşahin A. (2015) Kişilik Bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları kitabı (içinde) (editörler: O. Öztürk, A. Uluşahin). S:421-42, Bayt Ltd. Şti., Ankara.*
17. Salekin R, Kubak F, Lee Z. (2008) Deception in Children and Adolescents. *Clinical Assessment of Malingering and Deception kitabı (içinde) (editör: Rogers R),s:343-64, The Guilford Press, New York.*
18. Dike, C, Baranoski M, Griffith E. Pathological lying revisited. *J Am Acad Psychiatry Law*, 2005; 33 (3): 342-9.
19. Houchin T, Ranseen J, Hash P, Bartnicki D. The Parental Alienation Debate Belongs in the Courtroom, not in DSM-5. *Journal of The American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 2012;40(1): 127-31.
20. Fidaner H. Kronik Yorgunluk Sendromu. *Klinik Psikiyatri*, 1999;2 (4): 261-5.
21. Hurley K, Deal W. Assessment Instruments Measuring Malingering Used With Individuals Who Have Mental Retardation: Potential Problems and Issues. *American Association on Mental Retardation*, 2006; 44(2): 112-19.
22. Sweet J, Condit D, Nelson N. (2008). Feigned Amnesia and Memory Loss. *Clinical Assessment of Malingering and Deception kitabı (içinde) (editör:Rogers R). s:218-36, The Guilford Press, New York.*
23. Oorsouw K, Merkelbach H. Simulating amnesia and memories of a mock crime. *Psychology, Crime and Law*, 2006; 12(3): 261-71.
24. Grondahl P, Vaeroy H, Dahl A. A study of amnesia in homicide cases and forensic psychiatric experts' examination of such claims. *Int J Law Psychiatry*, 2009; 32(5): 281-7.
25. Pollock, P. Feigning auditory hallucinations by offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 1998; 5(2): 305-27.
26. Baethge C, Baldessarini R, Freudenthal K, Streeruwitz A, Bauer M, Bschor T. Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disorders*, 2005; 7(2): 136-45.

27. Sadock B, Harold I, Sadock V. (2007) Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry kitabı (içinde) s. 248, Wolters Kluwer, New York.
28. Goodwin D, Alderson P, Rosenthal R, Louis S. Clinical Significance of Hallucinations in Psychiatric Disorders. Arch Gen Psychiatr, 1971;24(1): 76-80.
29. Leudar I, Thomas P, McNally D, Glinski A. What voices can do with words: pragmatics of verbal hallucinations. Psychol Med., 1997;27 (4): 885-98.
30. Nayani T, David A. The auditory hallucination: a phenomenological. Psychological Medicine, 1996;26(1): 177-89.
31. Braham L, Trower P, Birchwood M. Acting on command hallucinations and dangerous behavior: A critique of the major findings in the last decade. Clinical Psychology Review, 2004; 24(5): 513-28.
32. Junginger J. Command hallucinations and the prediction of dangerousness. Psychiatric Services, 1995; 46(9): 911-14.
33. Beck J, Harris M. Visual hallucinations in non-delusional elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1994; 9(7): 531-36.
34. Cornelius J, Mezzich J, Fabrega H, Cornelius M, Myer J, Ulrich R. Characterizing organic hallucinosis. Comprehensive Psychiatry, 1991; 32(4): 338-44.
35. Mitchell J, Vierkant A. Delusions and hallucinations of cocaine abusers and paranoid schizophrenics: a comparative study. The Journal of Psychology, 1991;125(3): 301-10.
36. Harrow M, O'Connell E M, Herbener E S, Altman A M, Kaplan K J, Jobe T H. Disordered verbalizations in schizophrenia: A speech disturbance or thought disorder? Comprehensive Psychiatry, 2003; 44(5): 353-9.
37. Bender S. (2007) Malingered Traumatic Brain Injury. Clinical Assesment of Malingering and Deception kitabı (içinde) (Editör: R. Rosner). S: 69-86, The Guilford Press, New York.
38. Sosin DM, Sniezek JE, Thurman DJ. Incidence of mild and moderate brain injury in the United States. Brain Injury, 1996; 10(1): 47-54.
39. Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage. Lancet, 1975; 480-84.
40. Hall Ryan C, Hall Richard C. Definition, diagnosis and forensic implications of postconcussional syndrome. Psychosomatics, 2005;46: 195-202.

41. Evans R. The post concussion syndrome and the sequelae of mild head injury. *Neurol Clin*, 1992;10(4): 815-47.
42. Deb S, Lyons I, Koutzoukis C, Ali I. Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 1999;156(3): 374-78.
43. Adamou M, Hale A. PTSD and the law of psychiatric injury in England and Wales: Finally coming closer? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2003;31: 327–32.
44. Erichsen J. (1882) *On Concussion of the Spine: Nervous Shock and Other Obscure Injuries of the Nervous System in Their Clinical and Medico-legal Aspects*. Longmans, Green and Co., London.
45. Resnick P, West S, Payne J. (2008) *Malingering of Posttraumatic Disorders. Clinical Assessment of Malingering and Deception kitabı (içinde) (editör: Rogers R) s: 109-27, The Guilford Press, New York.*
46. Stone A. Post-traumatic stress disorder and the law: Critical review of the new frontier. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1993; 21(1), 23–36.
47. McEwen B. Possible mechanisms for atrophy of the human hippocampus. *Molecular Psychiatry*, 1997;2, 255-62.
48. Eichenbaum H. How does the brain organize memories? *Science*, 1997; 277(5324): 330-2.
49. Hapke U, Schumann A, Rumpf H, John U, Meyer C. Post-traumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2006;256(5): 299–306.
50. Amir M, Kaplan Z, Kotler M. Type of trauma, severity of posttraumatic stress disorder core symptoms, and associated features. *Journal of General Psychology*, 1996;123(4): 341–51.
51. Kessler R, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1995; 52(12): 1048-60.
52. Breslau N, Davis G, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 1991; 48(3): 216-22.
53. Öncü F, Sercan M. (2014). *Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri*. N. Uygur içinde, *Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu (içinde)*. (editör: Uygur N.) s:40-41, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.

54. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> (erişim tarihi: 03.09.2017).
55. Miller HA. (2001) M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test and Professional manual (içinde) Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
56. Rogers R, An Introduction to Response Styles, Clinical Assessment of Malingering and Deception kitabı(içinde) (editör: Rogers R.). S:3-38, The Guilford Press, New York.
57. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21547> (Erişim tarihi: 23.09.2017).
58. Steffensmeier D, Allan E, Gender and Crime: Toward a Gendered Theory of Female Offending, Annu. Rev. Sociol. 1996; 22:459–87.
59. Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N. Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç işlemede etkisi. Turk Psikiyatri Derg, 2007, 18 (1): 4-12
60. Çöpoğlu ÜS, Bülbül F, Kokaçya MH, Alıcı D, Taştan MF, Ünal A, Alpak G, Savaş HA. Adli Psikiyatri Polikliniğinde Değerlendirilen Olguların Psikiyatrik Tanıları, Madde Kullanım Durumları, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. New/Yeni Symposium Journal, 2014,52:1. www.yenisymposium.net
61. Vitacco MJ, Rogers R, Gabel J, Munizza J. An Evaluation of Malingering Screens with Competency to Stand Trial Patients: A Known Groups Comparison. Law and human behavior, 2007; 31(3): 249-60.
62. Chafetz M, Underhill J. Estimated costs of malingered disability. Arch Clin Neuropsychol, 2013; 28(7): 633–39.
63. Gacono Carl B, Meloy R, Sheppard K, Speth E, Roske A. "A clinical investigation of malingering and psychopathy in hospitalized insanity acquittees." Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 1995;23 (3): 387-97
64. Norris MP, May MC. Screening for Malingering in a Correctional Setting. Law and human behavior, 1998; 22: 315-23
65. McLellan AT, Childress AR, Griffith J, Woody GE. "The psychiatrically severe drug abuse patient: methadone maintenance or therapeutic community?." The American journal of drug and alcohol abuse, 1984;10(1): 77-95.
66. Saygılı S, Aliustaoğlu FS. Şiddet içerikli suç işleyen kadın olguların değerlendirilmesi. J For Med, 2009; 23(1): 24-29.

67. Alpay N, Karamustafaoğlu N, Kükürt R. Madde Bağımlılarında Suç. Düşünen Adam, 1995; 8 (2): 16-17
68. Çöpür M, Elmas İ, Can Y. Madde Bağımlılığı ve Antisosyal Kişilik, Kriz Dergisi 3 (1-2): 194-96 <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/21/70/706.pdf>
69. Aksoy A, Ögel K: "Kendine zarar verme davranışı." Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4(4): 226-36.
70. Ger MC, Ljohiy ND, Öncü F, Keyvan A, Özgen G, Türkcan A. Tedaviye Gönderilmiş Tutuklu ve Hükümlü Erkek Olgularda Hekimi Yanıltıcı Davranışın Klinik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2016;27(4):235-43
71. Hambrecht M, Maurer K, Sartorius N, Hafner H. Transnational stability of gender differences in schizophrenia? An analysis based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. Eur.Arch. Psychiatry Clin. Neurosci., 1992; 242: 6-12
72. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. "Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması." Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2012; 22(1): 31-42.
73. Poythress NG, Edens JF, Watkins MM. The Relationship Between Psychopathic Personality Features and Malingering Symptoms of Major Mental Illness. Law and Human Behavior, 2001;25(6): 567-82
74. Bagby RM, Rogers R, Buis T, Nicholson RA, Cameron SL, Rector NA, Schuller DR, Seeman MV. Detecting Feigned Depression and Schizophrenia on the MMPI-2, Journal of Personality Assessment, 1997; 68(3):650-64.
75. Görgülü T, Tutarel-Kışlak Ş. Erkek Hükümlü ve Tutukluların Boyun Eğici Davranışları, Depresyon ve İntihar Olasılıkları. Nöropsikiyatri Arşivi, 2014; 51: 40-5.
76. Özer Ü, Yıldırım EA, Erkoç ŞN. Major Depresyon Olgularında İntihar Düşünce ve Davranışının Bağlanma Biçimi ile İlişkisi. Arch Neuropsychiatr, 2015; 52: 283-88
77. Bowman ES. Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression, and dissociation. Psychosomatics, 1993;34(4):333-42
78. Cochrane RE, Grisso T, Frederick RI. The Relationship between Criminal Charges, Diagnoses, and Psycholegal Opinions among Federal Pretrial Defendants. Behavioral sciences and the law, 2001; 19: 565-82.
79. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namli M, Bayik Y, Simsek D. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. Compr Psychiatry, 2010; 51:135-41.

80. Keskin N, Tamam L. Postkontüzyonel Sendromda Tedavi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2013; 5(1):95-108.
81. Ögel K, Tamar D, Evren C, Sir A. (2010) Madde kullanımı ve suç. 03/09/2017. www.ogelk.net/makale/suc_madde_yayin.pdf



8.EKLER

EK-1

Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 07/12/2016-441609


* B E 8 A L 9 2 H Y *


T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu


Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm.Öğr.Dr. Ende Varlık
Tokgözoğlu'nun etik kurul kararı A-
05

ADLİ TIP ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :08.11.2016 tarih, 53239941-604.01.02-403306 sayılı yazı

Anabilim Dalınız öğretim üyesi **Prof.Dr.Gökhan ORAL**'ın danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Ende Varlık TOKGÖZOĞLU**'nun yürütücülüğünde "**Adli Tıbbi Uygulamada Temaruz**" başlıklı **Uzmanlık Tezi** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **06 Aralık 2016** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) desteği alınması koşuluyla etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak için:<http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE8AL92HY>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 21107- 21108 Fax : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2

VERİ FORMU

1. ADI SOYADI:

2. DOĞUM TARİHİ:

3. YAŞI:

4. CİNSİYETİ:

1. KADIN

2. ERKEK

5. DOĞUM YERİ:

6. DOĞUM YERİ:

1. KÖY

4. YURT DIŞI

2. İLÇE

5. BİLİNMIYOR

3. ŞEHİR

7. ÖĞRENİM SÜRESİ (YIL):

8. MEDENİ DURUMU
(Kişinin beyanı)

1. BEKAR

4. AYRILMIŞ

2. EVLİ

5. BAŞKA (BELİRTİNİZ)

3. DUL

6. BİLİNMIYOR

9. KARDEŞ SAYISI:

10. ÇOCUK SAYISI:

11. ASKERLİK DURUMU

1. TAM OLARAK YAPMIŞ

6. ASKERLİĞE ELVERİŞSİZ (TIBBİ)

2. ERTELENMİŞ (TIBBİ NEDENLE)

7. ASKER KAÇAĞI

3. ERTELENMİŞ (PSİKİYATRİK NEDEN)

8. HAVA DEĞİŞİMİ ALM. (ZAMAN. TAM.)

4. ERTELENMİŞ (İDARİ NEDENLE)

9. BAŞKA (BELİRTİNİZ)

5. ASKERLİĞE ELVERİŞSİZ (PSİKİ)

10. BİLİNMIYOR

12. MESLEĞİ:

1. YOK

2. VAR

13. SUÇ ÖNCESİ İŞ DÜZENİ:

1. ÇALIŞMIYOR

3. DÜZENLİ ÇALIŞIYOR

2. DÜZENSİZ ÇALIŞIYOR

14. KENDİSİNE AİT GELİRİ:

1. YOK

2. VAR

15. Aile Bireyi kaybı (15 yaşından önce):

1. YOK

2. VAR

16. BİREY KAYBINDAKİ YAŞI:		
17. Ölen aile üyesi:		
1. ANNE	2. BABA	3. KARDEŞ
4. DİĞER		
18. KRİMİNAL ÖZGEÇMİŞ	1. YOK	2- VAR
19. ANNE BABA AYRILIĞI:	1.YOK	2.VAR
20. BU SIRADAKİ YAŞI:		
21. ÇOCUKLUKTA ŞİDDETE MARUZ KALMIŞ MI?	1.YOK. 2. VAR	3.NADİREN 4.SIK
22. MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN TÜRÜ:		
23. TOPLAM SUÇ SAYISI (yargıya intikal eden):		
24. İLK KEZ SUÇ İŞLEME YAŞI:		
25. CEZAEVİ DENEYİM	1.YOK	2.VAR
26. CEZAEVİ YAŞANTISI SÜRESİ (Toplam-AY):		
27. SUÇ (ŞİMDİKİ)		
28. SUÇUN YÖNÜ (ŞİMDİKİ)	1. İNSANA DÖNÜK	3.KAMU DÜZENİYLE İLGİLİ
	2. MALA DÖNÜK	4. BAŞKA (BELİRTİNİZ)
29. SUÇ SIRASINDA ALKOL-MADDE KULLANIMI	1.YOK	3.PSİKOAKTİF MADDE
	2.ALKOL	4.ALKOL-MADDE
30. SUÇ SIRASINDA İLAÇ KULLANIMI	1. YOK	3. DÜZENSİZ AYAKTAN TEDAVİ
	2. DÜZENLİ AYAKTAN TEDAVİ	4. BİLİNMİYOR
31. SUÇ İÇİN ATK DIŞINDA ALINAN RAPOR	1. YOK	2. TCK 32/1
		3. TCK 32/2
		4. İNFAZ TEHİRİ (16/1)
		5. BİLİNMİYOR

32. Diğer Tıbbi hastalıklar	1.	YOK	7.	Epilepsi
	2.	Hipertansiyon	8.	Parkinson
	3.	Diyabet	9.	P. Ülser
	4.	Kalp Hast.	10.	Kanser
	5.	KOAH	11.	Diş Hastalıkları
	6.	Hiperlipidemi	12.	Metabolik Send.
33. TEDAVİ UYGULANIYOR MU	1.	HAYIR	2.	EVET
34. TEDAVİYE UYUMU	1.	UYUMSUZ	2.	UYUMLU
35. VERİLEN İLAÇLAR				
36. ÖZKİYİM GİRİŞİMİ	1.	YOK	2.	VAR
37. ÖZKİYİM GİRİŞİMİ ŞEKLİ:				
38. KENDİNİ YARALAMA DAVRANIŞI	1.	YOK	2.	VAR
39. SUÇ KİME KARŞI İŞLENDİ (Kişiyi Karşı Suçlarda)	1.	SUÇ KİŞİYE KARŞI DEĞİL	11.	AKRABA
	2.	ÖZ ANNE	12.	HISIM
	3.	ÖZ BABA	13.	ARKADAŞ
	4.	ÜVEY ANNE	14.	KOMŞU
	5.	ÜVEY BABA	15.	İŞ ARAKADAŞI
	6.	ÖZ KARDEŞ	16.	AMİR
	7.	ÜVEY KARDEŞ	17.	KAMU GÖREVLİSİ
	8.	EŞ	18.	RASTGELE-TANINMAYAN KİŞİ
	9.	ÖZ ÇOCUK	19.	UZAKTAN TANIDIK
	10.	ÜVEY ÇOCUK	20.	BİLİNMIYOR
40. SUÇ ALETİ				
41. PSİKİYATRİK HASTALIĞIN BAŞLANGIÇ YAŞI				
42. PSİKİYATRİK HASTALIK KAÇ YILDIR SÜRÜYOR				
43. SUÇTAN ÖNCEKİ PSİKİYATRİK YATIŞ SAYISI				
44. SOYGEÇMİŞİNDE PSİKİYATRİK HASTALIK	1-	YOK	4-	KARDEŞ
	2-	ANNE	5-	2. DERECE AKRABA
	3-	BABA	6-	BAŞKA
45. AKRABALARINDA SUÇ ÖYKÜSÜ	1-	YOK	4-	KARDEŞ
	2-	ANNE	5-	2. DERECE AKRABA
	3-	BABA	6-	BAŞKA
79. AKRABALARDAKİ SUÇUN TÜRÜ:	1.	ADAM ÖLDÜRME	11.	CİNSEL SUÇLAR
	2.	ÖLDÜRME GİRİŞİMİ	12.	SALDIRGAN SARHOŞLUK
	3.	YARALAMA	13.	UYUŞTURUCU MADDE
	4.	YARALAMASIZ SALDIRI	14.	RUHSATSIZ SİLAH (6136)
	5.	EŞYA / MALA ZARAR	15.	GASP / GASP GİRİŞİMİ
	6.	KUNDAKLAMA	16.	HIRSIZLIK
	7.	YANGINA NEDEN OLMA	17.	DOLANDIRICILIK / SAHTEKARLIK
	8.	TEHDİT	18.	KAMU SUÇLARI

	9. HAKARET 10. KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL	19. BAŞKA (BELİRTİNİZ)
80. BAŞKA KURUMDAN RAPOR 81. RAPOR HANGİ KURUMDAN ALINMIŞ	1 YOK	2 VAR
82. DÜŞÜNÜLEN TANI		
83. SİMÜLASYON DÜŞÜNÜLDÜ MÜ (Klinisyen görüşü)	1. HAYIR	2. EVET



Ek -3

Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu:

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU:

Çalışma yürütücüsü: Dr Ende VARLIK TOKGÖZOĞLU

Telefon (cep): 0553 232 3245

Bu katıldığınız bilimsel bir çalışma olup, çalışmanın adı “**Adli Tıbbi Uygulamada Temaruz**”dur.

Bu çalışmanın amacı: İstanbul Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu ve Gözlem İhtisas Dairesi’ne başvuran tutuklu ve hükümlüye, Miller Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği (M-FAST) Türkçe formu ile temaruza yönelik bir tarama testi uygulamak, katılımcının sosyodemografik özellikleri, tıbbi kayıtları,tüm adli tahkikat dosyasındaki verilerle birlikte değerlendirmek, bu parametrelerin klinik muayene ile benzer yanlarını ve farklılıklarını irdelemek, testin tanısal değerini araştırmak ve bunları güncel literatürler ışığında tartışmaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel bir duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında sizi araştırmadan çıkarabilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Yapacağımız araştırmanın size bir risk getirmesi beklenmemektedir.

Çalışma esnasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için proje yürütücüsüne başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Adli Tıbbi Uygulamada Temaruz” başlıklı çalışma ile ilgili araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı veya vekilinin;

Adı- Soyadı:

Adresi:

Tel – Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden tanığın;

Adı- Soyadı:

Adresi:

Tel – Faks:

Tarih ve İmza:

Dr. Ende VARLIK TOKGÖZOĞLU

Tel: 05532323245

İmza

9. ÖZGEÇMİŞ

A.KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Ende VARLIK TOKGÖZOĞLU
------	------------------------------------

A.2.	Doğum tarihi ve yeri: 24.12.1987- MALATYA
------	---

A.3.	Yabancı dil bilgisi: İngilizce – İyi
------	--------------------------------------

A.4.	Görevi ve görev yeri: Uzm. Öğr. Dr. - İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı (Başlangıç tarihi: 02.12.2013)
------	---

A.5.	İletişim bilgileri: endevarlik@gmail.com / 0 (553) 232 32 45
------	--

B.EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu eğitim kurumları: Mustafa Kemal İlköğretim Okulu (1993-1998), Hayrettin Sönmezay İlköğretim Okulu (1998-2001), Malatya Lisesi- Yabancı Dil Ağırlıklı (2001-2005) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2005-2012)
------	--

B.2.	Halen eğitim gördüğü program: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
------	--

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurumlar: Malatya Pütürge Devlet Hastanesi (Eylül 2012-Mayıs 2013) İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı (Aralık 2013-...)
------	---