

Adli Psikiyatride Temaruzun Belirlenmesinde Hekim Tecrübesi: Olgu Sunumu

Physician's Experience to Identify the Malingering in Forensic Psychiatry: Case Report

Mustafa Talip ŞENER,^a
Yüksel ANCI^a

^aAdli Tıp AD,
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Erzurum

Geliş Tarihi/Received: 11.03.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 27.04.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mustafa Talip ŞENER
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adli Tıp AD, Erzurum,
TÜRKİYE/TURKEY
talipsener@gmail.com

ÖZET Temaruz, cezai takibattan yakayı kurtarmak için kasıtlı olarak yapılan, doğru olmayan, abartılı fiziksel ya da psikolojik semptomlardır. Temaruz motor ve duysal defisitler, nöro-oftalmolojik bozukluklar, epileptik nöbetler, bilinç değişiklikleri, hareket bozuklukları, bellek kaybı şeklinde ortaya çıkabilir. Psikiyatrik rahatsızlıkları taklit etme şeklinde de ortaya çıkabilen temaruz, özellikle cezai ve hukuki ehliyet gibi adli psikiyatri konularında sorumluluklarını yeterince bilmeyen tecrübesiz hekimlerin yanlış rapor vermelerine neden olabilir. Bizim olgumuz da bunun önemini vurgulamak üzere iyi bir örnek oluşturmaktadır. Bu yazıda, işlediği "tefecilik" suçu nedeni ile ceza ehliyetini belirlemek için muayenesini yaptığımız temaruz olgusunu ve bu kapsamda adli psikiyatrik değerlendirmede temaruzun ortaya çıkarılmasında hekimin tecrübe, bilgi ve becerisinin önemini sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Temaruz; adli psikiyatri; doktorlar; bilgi

ABSTRACT Malingering is an unreal and exaggerated physical or psychological symptom which is done intentionally to scrape through criminal proceedings. Malingering may appear as motor and sensory deficits, neuro-ophthalmologic disorders, epileptic seizures, alterations of conscious, movement disorders and amnesia. It may stimulate psychiatric disorders and cause false reports which were given by inexperienced physicians who do not know sufficiently their liability for forensic psychiatric events such as criminal and civil responsibility. We found our case important as it represents a good example for this. In this report, we aimed to present a case of malingering who accused of being a 'pawnbroker' and assessed by us to determine the criminal liability and in this context, to mention the importance of physician's experience, knowledge and skills to identify the malingering in forensic psychiatric assessment.

Key Words: Malingering; forensic psychiatry; physicians; knowledge

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2013;21(2):94-7

Temaruz (simülasyon, malingering), DSM-IV kriterlerinde bir ruhsal bozukluğa bağlanmayan durumlar başlığı altında yer alır. Askere gitmekten kaçınma ya da askeri bir görevi üstlenmekten kaçma, işten kaçma, maddi tazminat alma, cezai takibattan yakayı kurtarma ya da ilaç elde etme gibi dış uyaranlar nedeniyle yapılan, amaçlı (kasıtlı) olarak, doğru olmayan ya da abartılı fizik ya da psikolojik semptomlar çıkartma olarak tanımlanır.¹

Temaruz, psikiyatrik rahatsızlıkları taklit etme şeklinde ortaya çıkabileceği gibi; motor ve duysal defisitleri, epileptik nöbetleri, bilinç değişik-

liklerini, hareket bozukluklarını, bellek kaybını taklit şeklinde de ortaya çıkabilir.² Adli tıp uygulamalarında temaruz yapan kişilerle, sıklıkla adli psikiyatri alanında karşılaşmaktadır.³

Bu çalışmada, işlediği suç nedeni ile cezai tabakattan kurtulmak için simülatif görsel halüsinatuar davranışlar sergileyerek kendini şizofren gibi ilişkilendirmeye çalışan olgu tartışılmıştır. Bu kapsamda adli değerlendirme sürecinde temaruzun belirlenmesinde hekimin bilgi ve tecrübesinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Elli dokuz yaşında erkek, lise mezunu, hizmetli olarak görev yaptığı kurumdan emekli olmuş; kolluk vasıtasıyla 'tefecilik' suçu ile ilgili olarak TCK 32. maddesi kapsamında akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinde önemli azalma olup olmadığının belirlenmesi için başvurmuştu. İncelenen tahkikat dosyasından birçok kişiye borç para verdiği, borçları faizle geri aldığı, tehditle para almaya devam ettiği öğrenilmiştir. Tıbbi öz geçmişinde; *major depresyon* tanısı ile kısa süreli yatarak tedavi gördüğü, bir hastaneden "*major depresyon, vertebroster yetmezlik, sol gözde kronik parsiyel optik atrofi, yaygın myalji, artroz, anjine pektoris, kronik kolesistit, peptik ulcus, hemoroid, kronik farenjit tanılarıyla %80 sakat, çalışmaz* şeklinde heyet rapor verildiği, işlediği suç sonrası dönemde savcılık aracılığı ile gittiği hastaneden *psikiyatrik patoloji olmadığı, rahatsızlığının nörolojik kökenli olabileceği* şeklinde rapor verildiği, başka bir hastaneden *nörolojik bir patoloji düşünülmendiği, öz bakımı bozulmuş, affekt künt, duygudurum irritabl, halüsinatuar davranışlar olduğu, bu haliyle "Farklılaşmamış Tip Şizofreni"* şeklinde rapor verildiği anlaşılmıştır. Yaptığımız muayenede, muayene odasına parkinsonvari postür ve yürüyüş ile geldiği, sosyokültürel seviyeye uygun giyimli, öz bakım iyi, kooperasyon kurulamadığı, konuşmadığı, göz teması kurmadığı, sinirli görünümde, sesli komutlara yanıt vermediği, zaman zaman etrafı gözleriyle kontrol ettiği, ara sıra oturduğu yerden kalkıp birkaç adım ilerleyip 'git, git,

git' diyerek önünde bir şeyi kovmaya çalıştığı, sonra tekrar yerine oturduğu, bu esnada yürüyüşünün düzeldiği gözlenmiştir. Yakını ile yapılan görüşmede bu halinin yıllardan beri devam ettiğini ve ilaçlarını kullanmadığı zaman etrafa zarar verme, saldırganlık, kıyafetlerini çıkarma gibi uygunsuz davranışlar sergilediğini belirtmiştir. Muayenemizde işbirliği içinde olmama hâli anamnez alınmasını ve kapsamlı muayene yapılmasını zorlaştırmış, simülatif davranışlar olduğu düşünülerek muayene odası dışındaki kamera kayıtları izlenmiştir. Kayıtlarda muayene odasından çıktıktan hemen sonra yürüyüşünün düzeldiği, koridorda yakını ile bir şeyler konuşarak 20-25 adım gidip geldiği, muayene kapısının açıldığını gördüğünde yakınının hemen şahsı sandalyeye oturtup kendisinin uzaklaştığı, şahsın tekrar parkinsonvari postürü halinde oturduğu görülmüştür. Bir sonraki gün yaptığımız kontrol muayenesinde aynı davranışları sergilemesi üzerine yatırılarak adli gözleminin sağlanması gerektiği kanaati ilgili savcılığa bildirilmiştir. Şahsın bir hafta süre boyunca yattığı psikiyatrik bölümdeki gözetim süresi sonrası *herhangi bir ruhsal durum rahatsızlığına rastlanmadığı, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin tam olduğu* şeklinde rapor düzenlenmiştir.

TARTIŞMA

Adli psikiyatrik değerlendirmede hekim ayrıntılı bir psikiyatrik muayene yapar, kişilerin daha önce geçirmiş oldukları hastalıkları ve varsa işlemiş oldukları suçları inceler.⁴ Bu değerlendirmelerde hekim, muayene ettiği kişinin temaruz yapma durumuna karşı dikkatli olmalıdır. Çünkü adli psikiyatrik değerlendirmelerde temaruz oranının %10 ile %20 arasında olduğu bildirilmiştir.⁵ Temaruz yapan kişi rol yaptığı hastalık hakkında bilgili ve becerikli olabilir, bu durumu gerçek bir ruhsal bozukluktan ayırt etmek zorlaşabilir.⁶ Ancak şizofreni gibi bir hastalığın belirtilerini uzun süreli taklit etmesi kolay değildir.⁷ Davranışların şizofreni ile uyumsuzluklarını belirlemede, dikkatli gözlem önemlidir.⁸ Özellikle ileri yaşta ve akut başlayan ve atipik belirtilerle seyreden psikozlar, ailesinde şizofreni öyküsü olmayanlar ve silik nörolojik bulguları olanlarda daha dikkatli olunması gerektiği

bildirilmiştir.⁹ Çalışmamıza konu olan olgunun muayenemizde ve adli değerlendirme için gittiği daha önceki muayenelerinde simülatif görsel halüsinatuar davranışlar sergilemiştir. Ancak adli değerlendirmeye konu olan olay öncesinde benzer psikiyatrik sorununun olmaması, psikiyatrik belirtilerin atipik bulgularla birlikte, ileri yaşta aniden ortaya çıkması, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü olmaması muayenemizde dikkati çekmiştir.

Temaruz olgularında tanı için; ruhsal durum muayenesi uzun ve ayrıntılı bir şekilde yapılması, sık sık yinelenmesi, adli ve psikiyatrik kayıtların incelenmesi ve kişi yalnızken de gözlenmesi önerilmektedir.^{6,10-12} Kişinin muayenede iş birliği yapmaması durumunda uyumsuzlukları açığa çıkarmada muayene odası dışındaki davranışların belirlenmesinde hemşire gözlemleri, kamera kayıtları gibi gözlemsel ve dolaylı metotlardan yararlanılabilir.¹³ Çünkü temaruz davranışlarının başkalarıyla birlikteyken görüldüğü, izlenmediğini düşündüğünde durdurulduğu bildirilmiştir.¹⁴⁻¹⁶ Biz de olguyu uzun muayene süresinde değerlendirdik ve kontrol muayenesi yaptık. Ancak muayenede iş birliği halinde olmaması nedeni ile muayene dışı ortamdaki davranışlarını belirlemek için yardımcı sağlık personeli gözlemlerinden ve kamera kayıtlarından faydalandık. İncelememizde olgunun muayene sırasında parkinsonvari postür olduğu halde, muayene odasından çıktıktan hemen sonra bu durumun kaybolduğu, muayene kapısının açıldığını gördüğünde tekrar parkinsonvari postüre geldiğini gördük.

Adli olguların değerlendirilmesi diğer psikiyatrik olgulardan farklılık gösterir.¹⁷ Psikiyatrik hastaların değerlendirme sürecinde, hasta yakınlarından alınan ayrıntılı anamnezin psikiyatrik hastalıkların tanısında önem taşıdığı bildirilmiştir.^{18,19} Ancak adli psikiyatrik değerlendirmede hasta yakınlarından alınan bilginin güvenilirliği sınırlıdır. Çünkü temaruz yapan kişi ile iş birliği içinde olabilir. Bu durum tecrübesiz hekimi yanıltabilir. Su-

nulan olgu, psikiyatrik hastalığı becerikli bir şekilde taklit etmiş ve hekimin olgunun yakınlarının verdiği anamneze de güvenmesi sonucu olgu, bir hastaneden “Farklılaşmamış Tip Şizofreni” raporu almayı başarabilmiştir. Hastalık taklidi yapan bu kişilerin belirlenmesinde özel bir test bulunmamaktadır.¹² Hekimin tecrübesi temaruz olgusundan şüphe edilmesinde anahtar bir role sahiptir.²⁰

Adli psikiyatri uygulamasında ruhsal durum değerlendirmesi ile temel hukuki kavramların ve yasaların birlikte yorumlanması gerekmektedir.²¹ Adli psikiyatrik değerlendirme yapılan kişiler için objektif ve ilgili mevzuat hükümlerine göre karar vermede temaruz yapma riskini göz önüne almalıdır.¹³ Ülkemizde adli psikiyatri ayrı bir uzmanlık alanı değildir.²² Adli psikiyatrik olguların önemli bir kısmı psikiyatri polikliniklerinde diğer hastalarla birlikte muayene edilmektedir. Hekimin adli psikiyatri alanında değerlendireceği kişiyi diğer hastalarla aynı ortamda muayene etmesi, kişiyi hasta gibi düşünmesine ve buna bağlı olarak temaruz olgularını fark edememesine neden olabilir. Bu nedenle adli psikiyatrik değerlendirme ayrı muayene odasında konusunda uzman ve tecrübeli hekimlerle birlikte yapılmalıdır. Bazı olgularda kesin kanaate ulaşmada adli gözlem gerekli olabilir ve adli gözlem için adli makamlara öneride bulunulabilir. Olgumuzda da adli gözlem yapılmış ve adli gözlem sonrası herhangi bir ruhsal patoloji saptanmadığı, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin tam olduğu şeklinde rapor verilmiştir.

Sonuç olarak, adli psikiyatri alanında değerlendirme tıbbi ve hukuki konularda tecrübeli olan adli tıp ve psikiyatri hekimlerinin içinde bulunduğu temsil gücü yüksek heyetle birlikte yapılmalıdır. Değerlendirmede muayene dışı ortamın görülmesine imkân sağlayacak kamera olmalı ve sağlık personeli de gözlem konusunda eğitilmelidir. Böylece temaruzun ortaya çıkarılması kolaylaşabilir ve sağlıklı karar verilebilir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Additional conditions that may be a focus of clinical attention. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000. p.739-40.
2. Shaibani A, Sabbagh MN. Pseudoneurologic syndromes: recognition and diagnosis. *Am Fam Physician* 1998;57(10):2485-94.
3. Oral G. [Forensic psychiatry]. Soysal Z, Çakalır C, editör. *Adli Tıp*. Cilt 3. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 1999. p.1550-71.
4. Biçer Ü, Tırtıl L, Kurtaş Ö, Aker T. [Forensic psychiatry]. *Klinik Gelişim Dergisi* 2009;22(Adli Tıp Özel Sayı):126-32.
5. Singh J, Avasthi A, Grover S. [Malingering of psychiatric disorders: A review]. *German Journal of Psychiatry* 2007;10(4):126-32.
6. Demirkıran S, Yaman M, Uygur N. [Impact of structured interview techniques to clinical decision in assessment of criminal responsibility]. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2003;16(3):139-43.
7. Cimilli C. [Differential diagnosis of schizophrenia]. *Şizofreni Dizisi* 1999;2(1):5-13.
8. Andrikopoulos J. Malingering disorientation to time, personal information, and place in mild head injured litigants. *Clin Neuropsychol* 2001;15(3):393-6.
9. Shader RI, Jackson AH. [Approaches to schizophrenia]. In: Shader R, ed. *Manual of Psychiatric Therapeutics*. 2nd ed. Boston: Little Brown and Company; 1985. p.63-100.
10. Öncü B, Şenol S. [The etiology of attention deficit hyperactivity disorder: An integrative approach]. *Klinik Psikiyatri* 2002;5(2):111-9.
11. Yaluğ İ, Polat AÖ, Tufan AE. [The differential diagnosis of dementias: a review]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7(3):173-8.
12. Drob SL, Meehan KB, Waxman SE. Clinical and conceptual problems in the attribution of malingering in forensic evaluations. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009;37(1):98-106.
13. Tuğcu H. [Forensic medicine and malingering]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(4 Suppl 1):S82-6.
14. Dauer WT, Burke RE, Greene P, Fahn S. Current concepts on the clinical features, aetiology and management of idiopathic cervical dystonia. *Brain* 1998;121(Pt 4):547-60.
15. Black DW, Andreasen NC. Schizophrenia, schizophreniform disorder, and delusional (paranoid) disorders. *American Psychiatric Association Textbook of Psychiatry*. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1999. p.425-77.
16. Türkçüer İ, Serinken M, Sengül C, Özen M. [Do Münchausen syndrome or malingering]. *Turk J Emerg Med* 2010;10(1):38-40.
17. Aliustaoğlu FS. [Evaluation of mental health in Turkish legal system]. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2011;4(1):1-8.
18. Togay Işıkay C, Yiğit A, Öncü B, Coşkun Ş. [The reliability of anamnesis in distinguishing between epileptic seizures and psychogenic seizures]. *Epilepsi* 1999;5(2):70-4.
19. Balaban ÖD, Atagün Mİ, Alpkan LR. [A case of catatonia induced by disulfiram]. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2010; 23(3):215-8.
20. Çınar O, Cömert B. [Malingering in emergency service]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010; 30(4 Suppl 1):S77-81.
21. Cantürk G. [Legal regulations of forensic psychiatry]. *Türkiye Klinikleri J Foren Med* 2012; 9(2):66-73.
22. Savrun BM. [Forensic psychiatry practices in Turkey]. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2011;4(1):60-6.