

TEMARUZA DAİR KAVRAMSAL BİR İNCELEME*

Rabia TATLİDİL¹, Ramazan ERDEM²

Öz

Temaruz, bireylerin gerçekte hasta olmadıkları halde hasta gibi davranma ya da var olan hastalığın belirtilerini abartarak birtakım kazançlar elde etme çabası şeklinde tanımlanabilir. Uluslararası literatürde temaruzun genel hatları ve çerçevesi ortaya konmuş ve aynı zamanda bu kavram oldukça fazla araştırmaya konu olmuştur. Ancak ulusal literatürde temaruzaya yönelik değerlendirme yaparak kavramı ele alan ve genel hatları ile derleyen Türkçe bir makaleye rastlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı temaruz kavramına yönelik kavramsal bir değerlendirme yapmaktır. Başka bir açıdan bu makale, temaruz kavramını merak eden araştırmacılara yol gösterici olacak çerçeveyi ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aldatma; İkincil Kazanç; Numara Yapma; Taklit Yapma; Temaruz.

*Bu çalışma, Rabia TATLİDİL'in "Yönetici Gözüyle Sağlık Çalışanlarının Hasta Taklidi Yapma (Temaruz) Davranışları Üzerine Nitel Bir Çalışma" adlı doktora tezinden Prof. Dr. Ramazan ERDEM danışmanlığında hazırlanmıştır.

¹ Sorumlu Yazar: Öğr. Gör. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, Isparta, Türkiye, rabiafettahoglu@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-5736-7175

² Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Isparta, Türkiye, raerdem@yahoo.com, ORCID: 0000-0001-6951-3814

Makale gönderim tarihi: 21.08.2023

Makale kabul tarihi: 02.10.2023

Künye Bilgisi: Tatlıdil, R., Erdem, R. (2024). Temaruzaya Dair Kavramsal Bir İnceleme. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 5(2), 218 – 242.

A Conceptual Review on Malingering

Abstract

Malingering can be defined as an attempt by individuals to pretend to be ill when they are not, or to exaggerate the symptoms of an existing illness in order to gain some benefits. In the international literature, the general outlines and framework of malingering have been put forward and at the same time, this concept has been the subject of a great deal of research. However, there is no Turkish article in the national literature that evaluates the concept of malingering and compiles it in general terms. The aim of this study is to make a conceptual evaluation of the concept of malingering. In other words, this article provides a framework to guide researchers who are curious about the concept of malingering.

Keywords: Deception; Secondary Gain; Faking; Imitation; Malingering.

GİRİŞ

Temaruz kavramı oldukça eski bir geçmişe sahiptir. Gerçekten de insanlar, tarihin ilk zamanlarından bu yana sorumluluklarından ve bazı hukuki durumlardan kaçmak için gerçekte hasta olmadığı halde hasta gibi davranabilmektedir.

Temaruz, üzerinde çok daha fazla araştırma yapmayı hak eden önemli bir klinik ve yasal sorundur. Başarılı temaruz davranışı sergileyen kimseler hem hukuk sistemini hem de ruh sağlığı sistemini dolandırmakta ve nihayetinde halkın adalet sistemine olan güveni, bazı sanıkların "deliyi oynayarak" "sistemi yenebileceği" şüphesiyle sarsılmaktadır (Cornell ve Hawk, 1989:382). Temaruz davranışı ceza mahkemelerinin işleyişini etkilemekte ve kamu güvenliği için bariz sonuçlar meydana getirmektedir. Ayrıca psikiyatri yataklarının sınırlı sayıda olduğu ve bir akıl hastasının, psikiyatri merkezine yatırılmayı acil serviste günlerce beklediği yadsınamaz gerçeklerdir. Bir bakıma temaruz, gerçekten hasta olan kimselerin bakım almasını engellemektedir (LeBourgeois, 2007).

Uluslararası literatürde temaruz kavramına yönelik pek çok çalışma olduğu bilinmektedir. Ulusal literatürde ise temaruzu genel hatları ile ortaya koyan 3 adet tez (Ardıç, 2018; Atalay Saka, 2018; Varlık Tokgözoğlu, 2017) olduğu görülmüş ancak temaruzu kavramsal açıdan ele alan bir makaleye rastlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı; temaruza yönelik kavramsal bir değerlendirme sunmaktır. Açıkça izah etmek gerekir ki araştırmacılar bu konunun uzmanı değildir. Ancak araştırmacılar; temaruz kavramına yönelik ilgisi olan kişilere ya da bu kavramı araştıran araştırmacılara kavramın genel çerçevesi derleyen ve yol gösterici olabilme özelliği taşıyan bir makale sunmayı hedeflemiştir.

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Temaruz Kavramı

Arapça kökene dayanan temaruz (TDK) maraz (hasta olmak) kelimesinden türetilmiş ve hasta olmadığı halde kendini hasta gibi gösterme anlamına gelmektedir (Kubbealtı Lügatı, 2022). Tefâ'ul bâbındaki mastarlarda sıkça karşılaşılan bir anlam özelliği gerçekte var olmayan bir durumu var gibi göstermektir. Örneğin tecâhül "bilmez gibi davranma", tegâfûl "bilmezden gelme, tanımiyormuş gibi davranma" anlamına gelmektedir. Aynı baktan gelen temâruz da "hasta değilken hastaymış gibi davranış sergileme"yi ifade etmektedir (Fasih Arapça, 2023). Temaruz yabancı kaynaklarda "malingering" ile ifade edilmekte ve 18. yüzyıl sonlarındaki bir

Fransız deyimini olan “malingrer”den ortaya çıkan “malinger” terimi “acı çekmek” ya da “hasta gibi davranmak” manası taşımaktadır (Online Etymology Dictionary, 2022).

Türk Silahlı Kuvvetleri Disiplin Kanunu Şerhi’nde geçtiği üzere temaruz; bazı isteklerini yerine getirmek, görev ya da yükümlülüklerden kaçmak gibi amaçlarla kişinin hastalığını abartması veya var olmayan bir rahatsızlığı varmış gibi lanse ederek sağlık kuruluşlarına sevkini sağlayarak günlük mesainin bir kısmına katılmamaktır (Değirmenci ve Tanrıverdi, 2017:263). Esasında temaruz, cezai kovuşturmadan kaçma, sakatlık yardımları ya da kişisel yaralanma davalarından daha fazla para elde etmek için semptomların veya sorunların abartılmasıdır (Iverson, 2007:95). Bu açıklamalardan yola çıkıldığında temaruzun bir motivasyon aracı güdülen bir eylem olduğu görülmektedir. Aynı zamanda bireyin amacına ulaşmak ve sorumluluklarından kurtulmak için hastalığı ileri sürdüğü (abartma ya da var olmayan bir hastalığı beyan etme) bir süreç cereyan etmektedir.

Temaruz kavramı açısından önem arz eden bir husus ise alt tipleridir. Temaruzun alt tiplerini Resnick (2003:189) *tam temaruz*, *kısmi temaruz* ve *yanlış itham* şeklinde ele almıştır. Tam temaruz, hastalık olmamasına rağmen hastalığı taklit etme; kısmi temaruz, mevcut semptomları bilinçli şekilde abartma ya da önceden var olan belirtilerin hala var olduğunun iddia etme ve yanlış itham, bilinçli bir şekilde gerçekte var olan belirtileri ilgisi olmayan bir sebeple bağlantılı halde sunmaktır.

1.2. Temaruzun Tarihsel Arka Planı

Temaruzun ilk kanıtlarına İncil’de rastlanıldığı ifade edilmektedir. Tıp alanında gerçek ile yalan arasındaki ayrımı fark etmek temaruz ve onun tespiti ile alakalı bir konudur. Akıl hastalığı; nesnel bakımdan doğrulanması güç olduğu için temaruz çok eski dönemlerden beri kullanılan bir yöntemdir (Lipian ve Mills, 2000:3909-3910). İnsanların görevden kaçmak ya da kazanç elde etmek için hasta veya sakat numarası yapması fikri antik çağlardan bu yana var olan bir durumdur. Yunanlılar, askeri hizmetten kaçmak için temaruzla başvurmayı bir sahtecilik olarak görmüş ve bu suça ölüm cezası vermiştir. Daha sonrasında bu ceza üç gün boyunca kadın kıyafetiyle halkın gözü önünde olma şeklinde hafifletilmiştir. Ayrıca Galen’in ikinci yüzyılda yazdığı *Sahte Hastalıklar ve Tespiti Üzerine* adlı eserinde askerlik şartlarını sağlamamak için kendi parmaklarını kesen Romalı askerler anlatılmaktadır (Davis ve Weiss, 2016:752). Yine bu bağlamda Yunan yazarlar, Truva Savaşı’na katılmamak için deli gibi

görünen Odysseus'un tarlaya tohum yerine tuz ektiğinin öyküsünü anlatmaktadır (Harris, 2000:12).

Temaruzla baş edebilmek adına geliştirilen yöntemler de tarihsel açıdan önem arz etmektedir. Brittain'e (1966:72) göre; 12. yüzyılda Kudüs Krallığı'nda Godefroy de Bouillon tarafından oluşturulan kanunlar, hastalığı ileri sürenlerin tıbbi muayene edilmesini içermektedir. Cantürk'e (2022) göre Osmanlı arşivlerinde yalan söylendiğine dair ibare olan asker ve devlet adamlarına doğruyu söylemeleri için birtakım testler uygulanmış ve hekimbaşının yapmış olduğu çeşitli görüşmeleri konu alan kayıtlar bulunmuştur.

Rönesans döneminden sonra değişen tıpla birlikte temaruzu ele alan yazılı kaynakların artış gösterdiği ve Milan'da 1595 yılında Giambattista Silvatico tarafından yazılan *Yapmacık Hastalar Üstüne Bilimsel İnceleme* (De iis qui morborum simulant deprehensis) adlı eserin bu anlamda önemli olduğu bilinmektedir. Aynı şekilde Fielding Hudson Garrison'a ait olan *Tıbbın Tarihi* adlı eserde Jacques Callot (1592-1635) tarafından yapılan oymalarda temaruzun safhalarının betimlemesi yer almıştır (Ardıç, 2018:4). Temaruz terimi resmi olarak 1785'te *Groves Dictionary of the Vulgar Tongue* adlı eserde tanıtılmıştır. Yine 17. yüzyılda temaruz, tıp hukuku yazarları tarafından ilgilenilen bir konu olmuştur. Bu anlamda ön plana çıkan eserlerden biri 1621 yılında Zacchia Pauli tarafından yazılan *Qvaestiones MedicoLegales*'dir (Mendelson ve Mendelson, 2004:424). Palmer (2003:42) ise temaruz teriminin ordudan geldiğini ileri sürmekte ve tüm ulusların askerlerinin çok eski zamanlardan bu yana temaruzla ve riyakârlığa düşkün olduğunu belirtmiştir.

Birinci Dünya Savaşı, temaruzun profesyonelleşmesine yeni bir boyut getirmiştir (Wessely, 2003:35). 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra işçi tazminat kanunlarının ortaya çıkması ve 20. yüzyılda yaralanma davalarının artmasıyla bu konuya olan ilgi artmıştır (Mendelson ve Mendelson, 2004:424). Yine I. Dünya Savaşı'ndan sonra başlayan ve demiryolu omurgası (railway spine) olarak adlandırılan sırt ağrısından kaynaklı başvuruların doğrudan artışı dikkat çekmiştir (Wessely, 2003:38). Bu dönemde demiryolu omurgası terimi fiziksel ve duygusal semptomlarla şikâyette bulunan ancak objektif olarak ortaya konabilen organik yaralanmalarla açıklanamayan kişilerin teşhisinde kullanılmıştır (Mendelson, 2003:221).

Temaruzla olan bakış açısı bu olgunun bir hastalık olarak tanımlanıp tanımlanmaması bağlamında tartışılmış ve bu açıdan patojenik model kavramı gün yüzüne çıkmıştır. Patojenik model (Vitacco ve Rogers, 2009:257) temaruzun altında yatan nedeni açıklamada kullanılan

ilk model olmuş, modelde temaruz hastalık olarak ele alınmış ve daha sonra yaşanan gelişmeler bu modelin vakaların çok azını anlamada yeterli olduğunu göstermiştir.

Patojenik modele getirilen bu eleştiriler neticesinde temaruzu açıklamak için kriminolojik ve adaptasyonel model geliştirilmiştir. Kriminolojik modelde, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'ndaki (DSM) temaruz teşhisi için kullanılacak kriterler önem kazanmaktadır. Adaptasyonel modele göre ise kişi çevreyi düşmanca ve riskli olarak gördüğünde bu koşulları bertaraf edebilmek için temaruz davranışı sergilemektedir. Sonuç olarak temaruz günümüzde varlığı kabul edilen ve pek çok araştırmacının merak ettiği bir konu olmaya devam etmektedir.

1.3. Temaruzun Tanı Kriterleri

Temaruz olarak ifade edilen kavram Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) 1980'de çıkarılan üçüncü baskısında psikiyatri alanına girmiştir (Ninivaggi, 2017:6131). Temaruz için en çok yapılan tanım bu eserde yer almakta ve bu eserin dördüncü ve beşinci revizyonunda (DSM-IV, 2000:739; DSM-5, 2013:726) temaruz; askeri görevden ve işten kaçma, tazminat elde etme, kovuşturmadan kaçma ya da ilaç temin etme gibi motivasyonlarla yanlış ya da aşırı derecede fiziksel veya psikolojik semptomların kasıtlı üretilmesi olarak ifade edilmiştir. Beşinci revizyonda temaruz, "Diğer Psikososyal, Kişisel ve Çevresel Durumlarla İlgili Sorunlar" başlığı altında yer almış ve bir ruhsal bozukluk şeklinde ele alınmamıştır. Bu durum esere rutin klinik uygulamada karşılaşılabilecek sorunlara dikkat çekmek ve klinisyenlere yardımcı olmak amacıyla eklenmiştir (DSM-5, 2013:715). Aşağıda bahsi geçen durumların herhangi bir bileşimi temaruzu düşündürmelidir (American Psychiatric Association [APA], DSM-5, 2013:727):

- Adli tıp açısından bir olay (örneğin kişinin hâkim tarafından muayeneye gönderilmiş olması veya kişiye dava açılacak veya suç yüklenmesi durumunda kendisinin bizzat başvurması),
- Bireyin yaşadığı gerginlik ve yeti kaybıyla, nesnel bulgular ve gözlemler arasında bariz bir tezatlık olması,
- Tanısal değerlendirme esnasında ve yazılan ilaçların kullanımı noktasında iş birliğini reddetme,
- Antisosyal kişilik bozukluğunun varlığı.

Bu kriterlerde, klinisyenin temaruzu düşünmesi ya da şüphelenmesi için bazı durumlar ortaya konmuştur. Bir bakıma kişinin cezai bir süreç içerisinde olması, izah edilen bulgular ile nesnel tablonun uyuşmaması, tedaviyi reddetme ve antisosyal kişilik bozukluğu klinisyene ipucu vermektedir.

1.4. Temaruzun Etiyolojisi

Temaruzun etiyolojisi patojenik, kriminolojik ve adaptasyonel model şeklindedir. Bu başlık altında bu modellere ilişkin bilgi verilecektir.

1.4.1. Patojenik Model

Bu modele göre temaruzun altında yatan neden kronik ve ilerleyici bir zihinsel bozukluktur (Rogers ve Bender, 2003:111). "Kısmi temaruz" olarak da bilinen patojenik model, bir hastanın eşzamanlı olarak ortaya çıkan bir fiziksel hastalık veya diğer psikiyatrik bozukluk deneyimini kontrol etme çabasıyla önceden var olan semptomları abartmasını içermektedir (Marasa, 2018:7). Birçok yazar, özellikle psikoanalitik etkinin zirvede olduğu zamanlarda, temaruzu bir tür akıl hastalığı olarak ele almıştır (Resnick, 1999:159) ancak daha sonrasında bu model yetersiz bulunmuştur. LoPiccolo ve diğerlerine (1999:168) göre bir kimsenin dava sona erdikten sonra semptomlarının mucizevi bir şekilde ortadan kalkması patojenik modelin eleştirilen yanıdır.

1.4.2. Kriminolojik Model

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda yer alan sınıflandırmalar temaruzu açıklamak için kriminolojik modeli benimsemiştir. Böyle bir anlayışın nedeniyse temaruzun antisosyal kişilik bozukluğuna atıf yaparak açıklanmasıdır (DSM-5, 2013; DSM-IV, 2000). Bu model; antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olanların adli bir değerlendirmeye karşılaştıklarında temaruz yapma olasılıklarına dayanmakta (Rogers vd., 1998:354), temaruz davranışı sergileyen kişinin kötü olduğunu varsaymakta ve temaruzdan şüphelenilmesi halinde DSM kriterlerine bakılması gerektiğini ortaya koymaktadır (McDermott ve Feldman, 2007:647).

1.4.3. Adaptasyonel Model

Adaptasyonel modele göre temaruz düşmanca koşullara bir uyumu temsil etmektedir. Temaruz yapanlar çevreyi "düşmanca" ve "riskli" olarak görmektedir (Rogers, 1990:327). Bu modele göre temaruz; uyum sağlama girişimidir ve yanı sıra temaruz yapan tarafından düşmanca bir durumun başarılı bir şekilde müzakere edilmesi için en avantajlı seçim arayışıdır

(LoPiccolo vd., 1999:169). Düşmanca bir ortamla karşı karşıya kalındığında arzulanan bir amaca ulaşmak için bir akıl hastalığı uydurma (Rogers vd., 1998:354) bu modelde öne çıkmaktadır. Özet olarak patojenik model, temaruzun altında yatan nedeni bir akıl hastalığına dayandırması gerekçesiyle eleştirilmektedir. Kriminolojik model ise numara yapmayı antisosyal kişilik bozukluğu bağlamında incelediğinden adli tıp ortamı için kullanışlı bir yapıya sahiptir. Son olarak adaptasyonel model temaruz yapan kimsenin maliyet-fayda analizi yaptığını varsaymaktadır. Bir bağlamda umara yapan kişi, fayda ve riskleri tartmış ve “hasta olmanın” istediği unsurları sağlayabileceği noktada karar vermiştir (Garriga, 2007).

1.5. Temaruzun Epidemiyolojisi

Herhangi bir genetik model belirlenmemiş olmasına ve cinsiyet veya yaş bakımından bir kriter konmamasına rağmen temaruz olgusu orduda, cezaevlerinde, kendisine dava açılmış kişilerde ve Batı toplumlarında genç ve orta yaşlı erkeklerde yüksek prevalansa sahiptir (Lipian ve Mills, 2000:3914). Bu nedenle temaruz, araştırmacıların üzerinde durduğu bir konu olmaya devam etmektedir. Frueh ve diğerleri (2005) geçmişe yönelik arşiv kayıtlarını tarayarak yürüttükleri çalışmalarında 100 vakayı incelemiş ve bu kişilerden Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alıp tedavi görenlerin bir kısmının Vietnam’da hiç bulunmadığını ve savaşta görev almadıklarını saptanmıştır. Bir başka çalışmanın sonuçlarına göre kişisel yaralanmaların %29’u, sakatlıkların %30’u, adli vakaların %19’u ve tıbbi vakaların %8’i olası temaruz olarak saptanmıştır. Hafif kafa travması, fibromiyalji ve kronik ağrı ile gelen hastaların da temaruzla ilişkin tanısız izlenimler verdikleri ortaya konmuştur (Mittenberg vd., 2002:1094). Yine yürütülen başka bir çalışmada 166 hastanın 70’inin ikincil kazanç beklentisi içerisinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Van Egmond ve Kummeling, 2002:46). Başka bir açıdan temaruzun adli bağlamda yaygınlığına ilişkin tahminler %8 ile %21 arasında değişmektedir (McDermott vd., 2013:287).

1.6. Temaruzla İlişkili Diğer Tablolar

Bu başlık altında literatürde temaruz ile ilişkisi olan kavramlar ve bu kavramların temaruzdan ayrılan özellikleri açıklanacaktır.

1.6.1. Yapay Bozukluk

Fiziksel ya da psikolojik belirti ve semptomların simülasyonu, abartılması, şiddetlenmesi, uyarılması yolu ile hasta rolü elde etme çabalarıdır. Yapay bozukluk, kişilerin tıbbi belirti ya da semptomları ifade ettiği ya da güçlendirdiği bir “anormal hastalık davranışı” şeklinde

kavramsallaşmaktadır (Feldman ve Ford, 2000:3156). Yapay bozukluk davranışı, hasta rolü üstlenmek için bilinçsiz bir ihtiyaç tarafından motive edilirken temaruz davranışı bilinçli bir şekilde ikincil kazanç elde etmek için sergilenmektedir. Bundan dolayı Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (DSM-IV) dördüncü revizyonunda yapay bozukluk psikiyatrik bozukluk olarak listelenirken temaruz bir akıl hastalığına bağlanamayan durum olarak ifade edilmiştir (McCullumsmith ve Ford, 2011:621). Yapay bozukluk açısından Munchasen Sendromu önem arz eden bir kavramdır. Bu sendrom bir kişinin numaradan hasta gibi davrandığı veya kendini hasta ettiği (mesela zehirli bir madde kullanarak) bir durumdur. Bu davranışı sergilemedeki asıl amaç hasta rolünü üstlenmek ve bu sayede başkalarından ilgi görüp destek almaktır. Bahsi geçen bu kazançlar görünüşte inandırıcı olan belirtilerin kasıtlı bir şekilde üretilmesi sayesinde elde edilmektedir (Nevid vd., 2020:227).

1.6.2. Konversiyon Bozukluğu

Konversiyon bozukluğu bilinen herhangi bir nörolojik veya tıbbi bir bozukluk ile ortaya konamamaktadır (Yaluğ vd., 2007:458). Esasında konversiyon bozukluğu, bilinen tıbbi şartlar ya da hastalıklar ile açıklanamayan fiziksel semptomlar yahut motor veya duygusal işlevlerde bozulmadır (Nevid vd., 2020:244). Konversiyon bozukluğu DSM-5'te (APA, 2013:318) şu şekilde açıklanmıştır;

- a. Bir veya birden fazla, istemli motor (hareket) veya duyusal işlev değişikliği ile ilgili semptom gösteren,
- b. Klinik bulguların beyan edilen belirti ile bilinen nöroloji veya genel tıp durumları arasında uyumsuzluk olduğu durumlarda,
- c. Bu belirti veya eksiklik diğer zihinsel bozukluklarla daha iyi ifade edilemez,
- d. Bu eksiklik veya belirti klinik bakımdan bir sıkıntıya, toplumsal hayatta ya da birtakım diğer önemli işlerle ilgili işlevsizliğe sebebiyet verir ve sağlık açısından üzerinde durulması gerekir.

Nihai olarak temaruz ve konversiyon bozukluğu arasındaki ayrımı ifade etmek yerinde olacaktır. Galli ve diğerlerine (2018:72) göre konversiyon bozukluğunda hastanın nörolojik semptomları üretme gibi bir girişimi yoktur, ancak temaruzda içsel ya da dışsal teşviklerle hastalık belirtileri kasıtlı bir şekilde üretilmektedir.

1.6.3. Somatizasyon (Bedensel Belirti) Bozukluğu

Somatizasyon zihin-beden ilişkisinin bir arada olduğu bir kavramdır (Çetin ve Sözeri Varma, 2021: 790). Bedensel belirti bozukluğu tanısında DSM-5'in (APA, 2013:311) ortaya koyduğu standartlar önem arz etmektedir:

- a. Günlük yaşamın önemli bir biçimde bozulmasına sebep olan bir yahut daha fazla somatik semptom.
- b. Aşağıda bahsi geçen belirtilerden en az biri ile kendini gösteren somatik belirtiler yahut ilintili sağlık sorunları ile ilgili aşırı düşünceler, davranışlar ya da duygular:
 1. Kişinin var olan belirtileri ciddiyeti noktasında orantısız ve sürekli düşünceler,
 2. Sağlık ya da belirtilerle ilişkili olarak sürekli yüksek düzeyde kaygı,
 3. Bu belirtiler ya da sağlık sorunlarına aşırı şekilde zaman ve enerji harcanması,
 4. Somatik belirtiler sürekli olmasa da belirtilerin görülme durumu kalıcıdır.

Bedensel belirti bozukluğunu daha iyi ifade edebilmek için Richard'ın hikâyesi yol gösterici olabilir. Nitekim Richard, pek çok somatik şikâyeti olan 46 yaşında bir yazılım mühendisidir. Lisedeyken baş ve göğüs ağrısı ile başlayan şikâyetleri zaman geçtikçe vücudunun her yerinde sırt ağrısı, karın ağrısı ve rahatsızlık, eklem ağrısı, baş dönmesi hissiyatı ve yorgunluk hali gibi geniş bir yelpazede seyretmiştir. Son 20 senede oldukça fazla hekime muayene olsa da sorunları için tıbbi açıklama bulunamamıştır. Richard'a göre sürekli olarak bir şeyler gözden kaçıdığı için bu şekilde bir sonuç meydana gelmiştir. Bu nedenle o, çeşitli sağlık haber bültenlerine abone olup semptomların olası nedenleri hakkında bilgi edinmeye çalışmıştır. Şu anki hekimi onun sık sık ziyaretlerinden rahatsız olsa da Richard sağlığı için sürekli endişe duymaktadır (Hooley vd., 2017:294). Nihayetinde bedensel belirti bozukluğu ve temaruz birbirinden ayrı durumlardır. Bedensel belirti bozukluğunda kişinin iler sürdüğü semptomlar tanımlanmasa bile sürekli bir şekilde var olduğunu beyan etme ve hekime gitmeye devam etmekteyken temaruzda kişiler birtakım ikincil kazançların kesilmesi halinde hasta numarası yapmaktan vazgeçmektedir.

1.6.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, fiziksel sağlığı ya da psikososyal işlevselliği bozan vücut ağırlığıyla ilgili aşırı endişeli durumlardır (Balasundaram ve Santhanam, 2022). Ayrıca yeme bozuklukları psikolojik sağlığı oldukça etkilemektedir (Park ve Bell, 2008:393). Yeme bozuklukları, DSM-5 kriterlerine göre pika, kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, ruminasyon bozukluğu, anoreksiya

nervoza, blumiya nervoza ve tikanırcasına yeme bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır (APA, 2013:329).

Anoreksiya nervoza ve blumiya nervoza tıbbi komplikasyonların yaygın olduğu psikiyatrik rahatsızlıklardır (Mitchell ve Crow, 2006:441). Kaya ve diğerlerinin (2003:57-58) anoreksiya nervoza tanısı konmuş iki kız kardeşi (P ve E) inceledikleri araştırmalarının sonuçlarına göre P'nin hastaneden çıkana değin yemek yer gibi yaptığı ancak çıkınca yemeyi bıraktığı görülmüştür. E, zayıf olmasına karşın kendisini sağlıklı hissettiğini ve tedaviye ihtiyacı olmadığını düşünmektedir. P'nin yemek yemediği süreçte ailesinden gördüğü ilgiyi fark eden E, ailesinden ilgi görmek için yemek yemediğini ifade etmiştir. Bu örnek üzerinden temaruza dair bir kıyaslama yapıldığında görülmektedir ki temaruzda kişinin kendi çıkarları için hastalığı bilinçli şekilde kullanma ya da üretmesi durumu söz konusudur.

1.6.5. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Madde kullanımı, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda madde kullanım bozuklukları ve madde kaynaklı bozuklar olarak ikiye ayrılmıştır (APA, 2013:481). Madde kaynaklı bozukluklar, doğrudan psikoaktif maddelerin tetiklediği anormal davranışsal kalıplardır. Madde kullanım bozuklukları ise mühim bir bireysel sıkıntı veya işlev bozukluğu ile neticelenen, psikoaktif bir maddenin uyumsuz bir şekilde kullanımınıdır. Madde kullanım bozukluğu terimini genel bir tanılama sınıflandırması olarak düşünmek gerekmektedir. Mesela kişide alkolün problemlili kullanımı söz konusu ise klinisyen bu durumu alkol kullanım bozukluğu olarak ifade etmelidir (Nevid vd., 2020:298-299). Madde kullanım bozukluklarının kimi zaman temaruz gibi algılanmasının nedeni hastanın muayene esnasında madde kullanmadığını ya da daha az kullandığını ifade etmesinden ileri gelmektedir. Bu durum daha çok dissimülasyon olarak geçmekte ve Lipian ve Mills'e (2000:3912) göre dissimülasyon, semptomların saklanması ya da olduğunda az gösterilmesidir.

1.6.6. Parafili Bozuklukları ve Cinsel İstismar

DSM-5'te (APA, 2013:685) parafili (cinsel sapkınlık) bozukluklar başlığında, röntgenci bozukluğu (özel faaliyetlerde başkalarını gözetleme), teşhircilik bozukluğu (cinsel organını açığa çıkarma), sürtünmecilik bozukluğu (rızası olmayan birine dokunma ya da sürtünme), cinsel özerklik (mazoşizm) bozukluğu, cinsel elezerlik (sadizm) bozukluğu, pedofili bozukluğu, fetişist bozukluğu ve karşı giyim (travesti) bozukluğu yer almaktadır. Cinsel suçlarda kişilerin baskın özellikleri sıklıkla savunma, yalan ve minimizasyondur (Vitacco,

2018:90). Daha önce ifade edildiği üzere temaruza dair belirleyici kıstas bazı sorumluluklardan kaçmak, cezai durumları ertelemek ve sigorta primi elde etmek gibi kazançlardır. Anlaşılmaktadır ki temaruzda daha çok kendini düşünme, kendi çıkarına hareket etme dürtüsü maddi unsular uğruna yapılmaktadır.

1.6.7. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluğu, başkalarının haklarını görmezden gelme ve onları yok sayma ile örüntüdür (Mulay ve Cain, 2020:9). Antisosyal kişilik bozukluğu DSM-5'te şu şekilde ifade edilmiştir (APA, 2013:659):

A) Aşağıdakilerden üçü (veya daha fazlası) ile belirtili, 15 yaşından beri devam eden, başkalarının haklarını hiçe sayma ve ihlal etme örüntüsü;

1. Tutuklanmasına sebep olan tekrar eden eylemlerle beraber yasal yükümlülüklerle uymama,
2. Sık sık yalana başvurma, takma isimler kullanma veya bireysel çıkarlar için diğerlerini dolandırma,
3. Dürtüsellik veya geleceği tasarlamama,
4. Kavga, dövüşlere sık sık katılma veya diğerlerinin hakkına el koyma ile belirli sinirlilik ve saldırganlık,
5. Sürekli olarak bir işte çalışmama veya maddi yükümlülüklerini yerine getirmeme ile belirli sorumsuzluk,
6. Diğer insanları incitme, onlara kötü davranma veya hırsızlık durumunda umursamazlık gösterme yahut yaptıklarına kendince bir kılıf uydurma ile belirli olmak üzere pişmanlık duymama.

B) Kişi en az 18 yaşındadır.

C) 15 yaşından evvel davranım bozukluğuna yönelik deliller mevcuttur.

D) Antisosyal davranışlar sadece şizofreni veya bipolar bozukluğu seyri sırasında ortaya çıkmamıştır.

Tunç (2019) çalışmasında bir antisosyal kişilik bozukluğu olgusunu incelenmiş ve olgunun hırsızlık, yalan söyleme, yadsıma, öfke ve evden kaçma gibi sorunları olduğunu saptamıştır. Bu kimsenin, 6 yaşından itibaren akrabalarının cebinden para çaldığı, yine yakın bir zamanda teyzesinin ve babasının dükkânından yüklü miktarda para çaldığı ve bu parayı erkek arkadaşı ile tatilde yediği, çalıştığı dükkânda para çalarken yakalandığı zaman “parayı bozuyordum”

gibi bir ifade kullandığı görülmüştür. Yakınlarından biri bu olguyu tanımlarken “*Ağlar, sızlar, tepinir, duygu sömürüsü yapar, kesinlikle yadsır, kapıları çarpıp camları kırar. İnanırsınız ve suçladığımız için vicdan azabı duyarsınız.*” ifadelerini kullanmıştır.

Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı kriterlerine göre antisosyal kişilik bozukluğunun varlığının temaruzu düşündürmesi gerekmektedir. Buna karşın son zamanlarda araştırmacılar psikopatinin temaruz göstergesi olarak düşünülmesinden endişe duymaktadır (Salekin vd., 2018:480). Aynı şekilde yapılan araştırmaların tümünde temaruz ile psikopati arasında bir bağlantı olmadığı ifade edilmiştir (Vitacco, 2018:91).

1.7. Temaruzun Saptanması

Bu başlık altında ele alınan unsurlar kişilerin gerçekte hasta olmadıkları halde ileri sürdükleri ya da bu unsurların var olması halinde abartılan durumlardır.

1.7.1. Zekâ Geriliği

Zekâ geriliği, genel entelektüel fonksiyonların ortalamanın oldukça altında olması ve bunlardaki yetersizlik ve bozukluk ile belgindir. Bu fonksiyonlar ise iletişim kurma, kişisel bakımı karşılama, ev yaşamı, bireyler arası ilişkiler, toplumsal imkânlardan faydalanma, kendini yönetebilme ve yönlendirebilme, okulla ya da işle ilgili fonksiyonel maharetler, boş vakitleri değerlendirebilme, sağlık ve güvenlik tedbirleri olarak ifade edilmektedir. Zekâ geriliğinin organik ve genetik pek çok sebebi olabileceği gibi zekâ geriliği tanısı konması için psikolojik testler yapılması ve yanı sıra klinik değerlendirme yapılması gerekmektedir (Turan Yurtsever, 2019:52-53). Günlük yaşamda insanlar temaruz davranışı sergilerken zekâ geriliği belirtilerini sergileyebilmektedir. Öyle ki Atalay Saka'ya (2018:4-5) göre savaşta bir askerin esir düşmesi halinde zekâ geriliği taklidi yapması temaruzun pek çok durumda uyum sağlamaya yönelik işlevini ortaya koymaktadır.

1.7.2. Amnezi ve Hafıza Kaybı Taklidi

Amnezi, bellek sisteminin bir kısmının geçici ya da kalıcı şekilde bozulmasıdır (Baddeley, 2005:193). Amnezisi olan bireyler, mekân, zaman ve kişi bağlamında yönelim bozukluğuna sahip olabilmekte ve bu yönelim bozuklukları ise örneğin nerde olduğunu bilememe, içerisinde bulunduğu zamanı anımsayamama ve kendi ismini unutma şeklinde meydana gelmektedir (Nevid vd., 2020:550-551).

Alataş ve diğerlerinin (2017) yapmış oldukları çalışmada inceledikleri olgulardan bir tanesi gün içinde sıkıntı hissetme, kendini kaybetme, terleme ve kitlenme gibi sorunlar yaşamakta

ve bu dönemlerde yaşadıklarını, ailesini ve evini anımsamamaktadır. Çalışmada bu kişinin, kimi zaman baygınlık geçirdiğinde etrafındakilerin kim olduğu ve nerede olduğuna dair sorular sorduğu ancak bir süre sonra bunları hatırladığından bahsedilmiştir. Nitekim bu olgu şikâyetlerin başlamasından dört sene evvel dissosiyatif bozukluk tanısı almış ve psikiyatri servisine yatırılmıştır. Hastanede kaldığı süreçte şikâyetleri azalmış ancak psikososyal stresörlerle karşılaşınca aynı durumlar cereyan etmiştir. Ruhsal durum muayenesi ve yapılan bazı tetkiklerin sonuçları normal çıkınca olguyu değerlendiren hekimler temaruzdan şüphe duymuş ve neticede birtakım ikincil kazançları dikkate alarak anamnez almıştır.

1.7.3. Psikoz Taklidi

1865'te A. S. Taylor tıbbi hukuk üzerine yazdığı bir metinde ceza davalarında psikoz taklidinin yaygın olduğunu ve zihinsel bir hastalığın olmadığı tutarsız klinik bir tablo ile aniden baş gösterdiğini ifade etmiştir (Chesterman vd., 2008:276). Psikoz aldatmasının davranış örnekleri tuhaf motor davranışları, kendi kendine konuşma, canlı halüsinasyonlar, garip yanılsamalar, korkunç kâbuslar, cinsel açıdan uygunsuz sorunlar, fiziksel hastalık süreçleri, iç vücut değişiklikleri, zulüm sanrıları şeklinde belirtilmektedir (Hall ve Poirier, 2001:286).

Rosenhan'ın (1973) yaptığı çalışma kendisi dâhil 8 kişinin gerçekte hasta olmamasına karşın ileri sürdükleri şikâyetler üzerine hastaneye yatışlarını anlatmaktadır. Bu 8 kişi çeşitli sesler duyduklarını (boş”, “boşluk” ve “güm” gibi sesler) iddia ederek hastanelere başvurmuştur. Kişilerden yedisine şizofreni, bir kişiye manik depresyon tanısı konmuş ve hepsi hastaneye yatırılmıştır. Hastaneye yatırıldıktan sonra normal davranışlar sergileyip artık ses duymadıklarını söyleyen bu kişiler 7 günden 52 güne kadar, ortalama 19 gün, hastanede yatmıştır. Hastaneden çıkarken hastalara gerileme döneminde paranoyak şizofreni tanısı konmuştur. Cahalan'a (2021) göre bu araştırma ile hastanelerin, akli başında olan kişilere tanı koymadaki tutumu ve bahsi geçen belirtiler üzerinden sahte hastalara ağır akıl hastalığı teşhisi koyduğu görülmüştür. Bu sahte hastalara kaldıkları süre boyunca 2100 adet hap verilmiş ancak her biri onları yutmak yerine lavaboya tükürmüş ya da cebinde tutmuştur.

1.7.4. Mutizm Taklidi

Mutizm, bireyin yeterli bilinç düzeyini korumasına rağmen konuşmaması ve sözlü iletişim girişiminde bulunmamasıdır (David, 2009:119). Temaruz davranışı sergileyenlerin kullandıkları tutum özellikle ayırıcı tanı için önem arz etmektedir. Bu bakımdan Resnick ve

Knoll (2018:109) temaruz davranışı sergileyen bireylerin davranışlarını ortaya koymuştur. Temaruz davranışı sergileyen bir kişi zaman kazanmak için kendisine sorulan soruların tekrarlanmasını isteyebilmekte ya da soruları yavaş yanıtlayabilmektedir. Yanı sıra basit sorulara bile belirsiz yahut riskten kaçmak için amaçlı cevaplar verebilmektedir. Mesela bir kişiye sözde bir sesin cinsiyetinin sorulması halinde “muhtemelen bir erkek sesiydi” diyebilmektedir. Yine bu kişiler psikotik semptomlarla ilgili ayrıntılı sorulara “bilmiyorum” diyebilmektedir.

Conti ve Preckajlo (2021:60) Mary Doherty vakasını inceledikleri çalışmalarında 1806’da babasını öldürmekten tutuklanan bu genç kızın, duruşma esnasında sessiz kaldığını ve savunma yapmadığını ifade etmiştir. Jüri, yaratıcının ziyareti nedeniyle sessiz olduğunu düşündüğü Mary’nin suçsuz olduğuna yönelik karar vermiş ancak ertesi gün Mary, adliye merdivenlerinde otururken normal davranışlar sergilediği görülmüştür. Aldatmacası onu muayene edenler dâhil pek çok kişiyi kandırmaya yaramıştır.

1.7.5. Travmatik Beyin Hasarı Taklidi

DSM-5’te travmatik beyin hasarı, majör ya da hafif travmatik beyin hasarına bağlı nörobilişsel bozukluk başlığı altında incelenmiştir (APA, 2013:591). Travmatik beyin hasarı, kafatasına sert kuvvetle veya ivme-yavaşlatma kuvvetleri ile beyinde oluşan travma ve meydana gelen belirtilerin varlığı ile tanımlanmaktadır (Bender, 2018:124). DSM-5’te majör ya da hafif travmatik beyin hasarına bağlı nörobilişsel bozukluk şu şekilde ifade edilmiştir (APA, 2013:624):

- A. Ağır olmayan nörobilişsel bozukluk tanı kriterleri sağlanmalıdır.
- B. Travmatik bir beyin hasarına dair kanıt vardır; yani, aşağıdakilerden biri veya birkaçıyla birlikte kafaya veya beynin kafatası içinde hızlı hareket etmesine veya yer değiştirmesine neden olan diğer mekanizmalara bir darbe:
 1. Bilinç yitimi,
 2. Çarpmadan sonra gerçekleşen unutkanlık,
 3. Konfüzyon ve yönelim bozukluğu,
 4. Nörolojik bulguları (mesela nörogörüntüleme hasarın görüntülenmesi, görmede sorunlar, koku almada sorun yaşama ve tek taraflı inme gibi).
- C. Nörobilişsel bozukluk, çarpma gerçekleşip beyin hasarından kısa bir mülhet sonra veya bilinç geri geldikten kısa bir süre sonra cereyan eder ve akut yaralanma

neticesinde eve geçince devam eder.

Travmatik beyin hasarının şiddetini ortaya koyabilmek için hafif, orta ya da şiddetli gibi derecelendirmeler yapılmaktadır (APA, 2013:626). Bu noktada en çok kullanılan sınıflama sistemlerinden biri olan Glasgow Koma Skalasıdır ve skalada test edilen unsurlar göz açma, sözel ve motor yanıtlardır. Skaladan elde edilen yanıtlar beyin hasarının şiddetini belirtmekte ve Fleminger (2009:187) düzeyleri 13-15 hafif, 9-12 orta ve 3-8 ağır şeklinde ortaya koymaktadır.

Hafif travmatik beyin hasarlarının yaklaşık %85-90'ı bir sene içerisinde etkin bir şekilde iyileşmektedir (Alexander, 1995:1255). Majör ya da hafif travmatik beyin hasarına bağlı nörobilişsel bozukluğa; duygusal işlevlerde değişim (örneğin sinirlilik, gerginlik), kişilik değişiklikleri (mesela ilgisizlik, saldırganlık), fiziksel rahatsızlıklar (örneğin baş ağrısı, yorgunluk) eşlik etmektedir. Ağır travmatik beyin hasarı dışındaki travmatik beyin hasarlarında nörobilişsel, nörolojik ve psikiyatrik belirti ve bulgularında tam ya da önemli bir iyileşme gerçekleşmektedir. Hafif travmatik beyin hasarı ile ilişkili nörobilişsel semptomlar genel olarak 3 ayda tam olarak düzelme eğilimindedir. Orta ve ağır travmatik beyin hasarlarında nörobilişsel eksiklikler devam edebileceği gibi nörofizyolojik, duygusal ve davranışsal komplikasyonlar meydana gelebilir (APA, 2013:625-626).

1.7.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu psikiyatrik sınıflandırmada özel bir durum olmakla birlikte uyum bozuklukları haricinde varlığı kanıtlanabilir bir dış olaya bağlı tek sendromdur. Bir anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmakta ve yeniden deneyimleme, kaçınma ve aşırı uyarılma şeklinde üç semptomun bir araya gelmesiyle tanımlanmaktadır (Adamou ve Hale, 2003:327). Bu bozukluk; gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır şekilde yaralanma, fiziksel bütünlüğünü bozan bir olay yaşama, travmatik olaylar sonrası cereyan eden ve özgül semptomlarla belirginleşen bir durumdur. Semptomlar üç aydan kısa sürerse akut, daha uzun süre devam ederse eğer kronik travma sonrası stres bozukluğu adını almaktadır (Özgen ve Aydın, 1999:34). Bunların yanı sıra travma sonrası stres bozukluğunun temel özelliği, bir ya da daha fazla travmatik olaya maruz kalmayı takiben karakteristik semptomlarda değişimler meydana gelmesidir (APA, 2013:274).

Hall ve Hall (2007:722) yaptıkları çalışmada travma sonrası stres bozukluğunun taklidinin kolay olduğunu gösteren 50 yaşındaki Vietnam gazisi vakasını gözden geçirmiştir. Bu kişi,

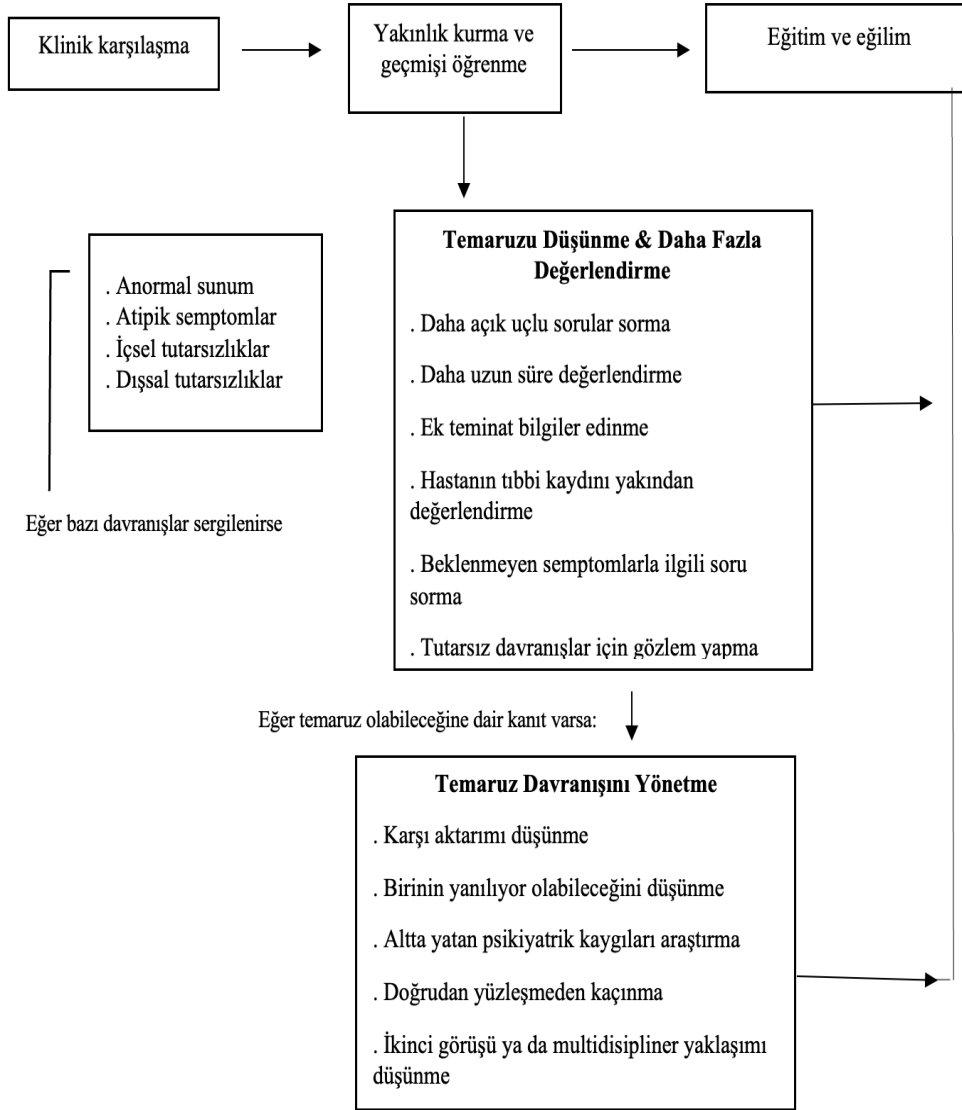
ordudan terhis edildikten kısa bir mühlet sonra hizmet puanı alabilmek için travma sonrası stres bozukluğuna yönelik bir başvuruda bulunmuş ancak bu başvuru reddedilmiştir. Taburcu olduktan yıllar sonra meydana gelen ufak bir trafik kazasından sonra askerlikte ortaya çıktığını ileri sürdüğü travma sonrası stres bozukluğunun harekete geçtiğini beyan etmiş ve yardım başvurusunda bulunmuştur. Ancak ilgili kurumların ona istediği raporları vermemesinden ötürü başarısız olmuştur. Bu kimse sonrasında başka bir hastaneye başvurarak iki haftadır tıraş olmadığını, ağlama nöbetleri geçirdiğini, sinirli olduğunu, intiharı düşündüğünü, sesler duyduğunu ve kabuslar gördüğünü, sosyal yaşamında ilişki kurmakta zorluk yaşadığını ve sürekli panik atak geçirdiğini dile getirmiştir. Bu talebi üzerine %70 oranından engellilik raporunu almış ancak daha önceki tıbbi geçmişi ve sakatlık durumu hakkında yalan konuştuğu ortaya çıkınca dava reddedilmiştir.

Nihai olarak çoğu klinisyen temaruzun tanımlanmasının zor olduğunda hemfikirdir. Temaruz, semptomların kasıtlı olarak üretilip üretilmediğini ve kişinin bu belirtiler sayesinde kazandığı unsurları ortaya koymayı gerektirmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, tanısı kişinin ileri sürdüğü psikolojik semptomlara dayanan sübjektif bir özelliğe sahip olduğu için başarılı bir şekilde taklit edilebilen bir hastalık olma özelliği taşımaktadır. Karmaşık ve uzun zaman alan bir süreç olsa da titiz bir şekilde veri toplanması ve muayenenin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi halinde gerçek ile sahte davranış arasındaki fark ayırt edilecektir. Bu bakımdan özellikle psikolojik testler temaruz şüphesini doğrulama adına klinisyen tarafından kullanılmalı, travma sonrası stres bozukluğu değerlendirmesi yapacak olan klinisyen bu konuda bilgi sahibi olmalı ve gerçek ve sahte travma sonrası stres bozukluğunun farklarını bilmelidir (Resnick vd., 2018:205).

1.8. Temaruz Davranışının Tespiti ve Yönetimi

Hasta numarası yapanlara karşı hekimin düşmanca bir tavır sergilemesi ise alışıldık bir durumdur. Bir hastanın geleneksel kalıba uymadığını düşünen hekim, kontrol edildiğini ya da kandırıldığını hissettiği durumu gözden geçirerek bireyi ifşa etmeye ve profesyonel rolünü sürdürmeye çalışmaktadır. Bu gibi durumlarda, teşhis prosedürü ile vakanın yönetimi karıştırılmakta ve teşhis etmekten öte kişilere ceza verilen bir tutum sergilenmektedir (Davis ve Weiss, 2016:785). Temaruz için nazik ve empatik bir yaklaşım haricinde özel bir tedavi olmadığını söyleyen Adetunji ve diğerlerine (2006:73-74) göre altta yatan herhangi bir psikiyatrik ve tıbbi neden ortaya konmalıdır. Hastaları yalancı olarak etiketlemek yanlıştır,

aksine hasta ile açıklığa kavuşturulması gereken tutarsızlıkların belgelendirilmesi gerekmektedir. “Detaylı değerlendirme sonucunda, hastanın semptomlarının altında yatan net bir psiko-fizyolojik neden bulamamıştır. Klinik ekip bu tutarsızlıkları açıklığa kavuşturmak adına hastayla görüşecektir.” şeklinde bir yaklaşım daha doğrudur, çünkü temaruz davranışı gerçek psikososyal sorunlarla bir arada bulunabilmektedir.



Şekil 1. Temaruzun Değerlendirilmesi ve Yönetilmesi (Schnellbacher ve O’Mara, 2016:3). Temaruz davranışının değerlendirilmesi ve yönetilmesi noktasında ipucu veren bazı unsurlar Şekil 1’de yer almaktadır. Şekli yorumlamak gerekirse eğer bir klinisyenin temaruzdan

şüphelenmesi halinde hastanın geçmişini öğrenmesinin gerekliliği göze çarpmaktadır. Öyle ki ancak bazı unsurların varlığı halinde -anormal sunum, atipik semptomlar, içsel ve dışsal tutarsızlıklar- temaruzdan şüphe edilebilir. Değerlendirmeyi daha iyi yürütebilmek adına açık uçlu sorular sormak, uzun süreli değerlendirme yapmak, ek teminat bilgileri sağlamak, hastanın tıbbi kaydına bakmak, beklenmedik belirtileri sorgulamak ve tutarsız davranışları gözlemlenmek gerekmektedir. Bu noktadan sonra şayet temaruza yönelik kanıtlar varsa klinisyenin karşı aktarımı ve birinin yanıltıcı olabileceğini (teşhisi tekrar gözden geçirme) düşünmesi, davranışa neden olan psikiyatrik kaygıları araştırması, doğrudan yüzleşmeyi önlemesi ve diğer meslektaşların görüşü alması önemlidir. Bir bağlamda hastaya eğitim vermek ve kendini ifade edebileceği ya da içerisinde bulunduğu durumu açıklayacak fırsatlar sunulmalıdır.

Gerçekten de temaruzun tespiti karmaşık olduğu için çok yönlü bir değerlendirme gerektirmektedir. Tespit asla tek bir belirti, ölçek ya da ölçüme dayalı olmamalıdır. Şayet gerçek bir hasta yanlış sınıflandırılırsa o kişinin gelecekteki tedavisi, mali refahı ve yasal statüsü bundan etkilenenektir. Diğer yandan temaruz yapanı gerçek bir hasta gibi sınıflandırmak da ilgili diğer taraflar (örneğin sigorta şirketleri, işverenler ve ceza hukuku sistemi) için önemli sonuçlar doğurmaktadır. Bir bakıma psikologlar, temaruz değerlendirmesinde her iki yanlış sınıflandırmayı en aza indirmeyi çabalayan mesleki bir sorumluluk üstlenmektedir (Rogers ve Gillard, 2013: 39).

2. SONUÇ

Bir çocuğun okula gitmemek ya da ilgi görmek için hasta gibi davranması masum görünebilir, ancak sosyal yaşamda insanların, özellikle de yetişkinlerin, hasta olmadıkları halde hasta gibi davranmaları önem arz eden bir konudur. Bu açıdan literatürde öne çıkan kavram temaruzdur. Temaruz bireylerin gerçekte hasta olmadıkları halde hasta gibi davranması ya da var olan hastalığın belirtilerini abartarak birtakım kazançlar elde etmesi şeklinde tanımlanabilir. Kavrama yönelik literatür incelendiğinde temaruzun, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM) yer aldığı ancak bir hastalık olarak ifade edilmediği görülmektedir. Temaruza yönelik yapılan araştırmalar arttıkça altta yatan nedenleri ortaya koyan modellerin geliştirildiği görülmüştür. Bunlar patojenik, kriminolojik ve adaptasyonel modeldir. Aynı şekilde temaruzun alt tiplerinin araştırmacılar tarafından literatüre

kazandırıldığı ve literatürde sıklıkla temaruzla birlikte geçen ancak temaruzdan farklı şekilde değerlendirilen kavramlar ve temaruz edilen -taklit edilen- hastalıklar olduğu görülmüştür. İnsanların ulaşmak istedikleri birtakım arzularını/isteklerini/hedeflerini elde edebilmek için hasta gibi davranması oldukça eski tarihlerden bu yana süregelen bir davranıştır. Bu davranışın nedenleri ise bazı sorumluluklarından kaçmak, cezai durumları hafifletmek ya da engellemektir. Bu davranışın neticesinde pek çok yapı -adalet, sağlık, işletme, eğitim vb.- zarar görebilmektedir. Mesela bir kişinin bu davranışı sergilemesi neticesinde adalet sistemindeki kararlar etkilenebilmekte veya o kimse sorumlu olduğu bir işten kurtulabilmektedir. Sonuç olarak; temaruzu tespit etmek önem arz eden bir husus olduğu için alandaki uzman hekimlere fazlaca görev düşmektedir.

Destekleyen Kuruluş

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

Çıkar Çatışması

Yazarların herhangi bir çıkar dayalı çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

- Adamou, M. C., & Hale, A. S. (2003). "PTSD and the law of psychiatric injury in England and Wales: finally coming closer?", *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 31(3), 327-332.
- Adetunji, B. A., Basil, B., Mathews, M., Williams, A., Osinowo, T., & Oladinni, O. (2006). "Detection and Management of Malingering in a Clinical Setting", *Primary psychiatry*, 13(1), 68-75.
- Alexander, M. P. (1995). "Mild Traumatic Brain Injury: Oathophysiology, Natural History, and Clinical Management", *Neurology*, 45, 1253-1260.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ardıç, F. C. (2018). *SIMS Temaruz Ölçeği (Türkçe SIMS): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*.
- Alataş, E., Berkol, T. D., & Bulut, S. D. (2017). "İki Olgu Üzerinden Disosiyatif Bozukluklar ve Karşı Aktarım", *Medical Journal of Bakirkoy*, 13(1), 44-47.

- Atalay Saka, A. M. (2018). Maluliyet İstemiyle Başvuran Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Temaruz Eğilimi ve İlgili Klinik Değişkenlerin Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Baddeley, A. (2005). *Essentials of Human Memory*, UK: Taylor & Francis.
- Balasundaram, P., & Santhanam, P. (2022). Eating disorders. StatPearls, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/>, Erişim Tarihi: 13.10.2022.
- Bender, S. D. (2018). "Malingered Traumatic Brain Injury", R. Rogers and S. D Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th ed.), in (p. 122-150). New York, London: The Guilford Press.
- Brittain, R. P. (1966). "The History of Legal Medicine: The Assizes of Jerusalem", *Medico-Legal Journal*, 34(2), 72-73.
- Cantürk, G. (2022). Adli Psikiyatri Lisansüstü Dersi, <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/66271/Adli%20Psikiyatri%20Lisans%C3%BCst%C3%BC%20Dersi.pdf?sequence=1>, (Erişim Tarihi: 1.3.2022).
- Cahalan, S. (2021). "Deliler Arasında İnsan Olmak" Akıl Hastalığı Nedir, Ne Değildir?" E. Toplanır (Çev.), Ankara: Say Yayınları.
- Chesterman, L. P., Terbeck, S., & Vaughan, F. (2008). "Malingered Psychosis", *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 275-300.
- Cornell, D. G., & Hawk, G. L. (1989). "Clinical Presentation of Malingerers Diagnosed by Experienced Forensic Psychologists", *Law and Human Behavior*, 13(4), 375-383.
- Çetin, Ş., & Sözeri Varma, G. (2021). "Somatik Belirti Bozukluğu: Tarihsel Süreç ve Biyopsikososyal Yaklaşım", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 790-804.
- Conti, R. P., & Preckajlo, J. H. (2021). "Malingered Mutism: The Case of Mary Doherty", *Journal of Psychology*, 9(1), 60-68.
- David, A. S. (2009). "Clinical Assessment", A. S. David, S. Fleminger, M. D. Kopelman, S. Lovestone and J. D.C. Mellers (Ed.), *Lishman's Organic Psychiatry A Textbook of Neuropsychiatry*, (4th Ed.), in p. 103-163), Wiley-Blackwell Pub.
- Davis, D. & Weiss, J. M. A. (2016), "Malingering and Associated Syndrome", S. Arieti and E. B. Brody (Ed.), *American Handbook of Psychiatry Volume 3*, in (s. 748-796), New York, NY: Basic Books.
- Değirmenci, O. & Tanrıverdi, B., (2017). *Türk Silahlı Kuvvetleri Disiplin Kanunu Şerhi*, 3. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Faslıh Arapça. <https://fasiharapca.com/tefaul-babi/28037>, (Erişim Tarihi: 11.4.2023).

- Feldman, M.D. & Ford, C. V. (2000). "Factitious Disorders", B. J. Sadock and V. A. Sadock (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Volume Set)*, (7th ed.), in (p. 3156-3180), Lippincott Williams & Wilkins Publisher.
- Fleminger, S. (2009), *Head Injury*, A. S. David, S. Fleminger, M. D. Kopelman, S. Lovestone and J. D.C. Mellers, In *LISHMAN'S Organic Psychiatry A Textbook of Neuropsychiatry*, (4th Edi. pp. 167-280), Wiley-Blackwell Pub.
- Frueh B.C., Elhai J.D., Grubaugh A.L., Monnier J., Kashdan T.B., Sauvageot J.A., et al. (2005). "Documented Combat Exposure of US Veterans Seeking Treatment for Combat-related Post-traumatic Stress Disorder", *The British Journal of Psychiatry*, 186(6), 467-72.
- Hall, R. C., & Hall, R. C. (2007). "Detection of Malingered PTSD: An Overview of Clinical, Psychometric, and Physiological Assessment: Where Do We Stand?", *Journal of Forensic Sciences*, 52(3), 717-725.
- Hall, H. D. and Poirier, J. G. (2001). *Detecting Malingering and Deception: Forensic Distortion Analysis*, (2th ed.), Florida: CRC Press.
- Harris, M. R. (2000). "The Malingering of Psychotic Disorders", *Jefferson Journal of Psychiatry*, 15(1), 12-24.
- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K. & Mineka, S. (2017). *Abnormal Psychology*. (7th ed.), Global Edition, Pearson Education Limited.
- Galli, S., Tatu, L., Bogousslavsky, J., & Aybek, S. (2018). "Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum?", *Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus-Part II*, 42, 72-80.
- Garriga, M. (2007). *Malingering in the Clinical Setting*. *Psychiatric Times*, <https://www.psychiatrytimes.com/view/malingering-clinical-setting>, (Erişim Tarihi: 2.3.2023).
- Iverson, G. L. (2007). "Identifying Exaggeration and Malingering", *Pain Practice*, 7, 94-102.
- Kaya, B., Yiğittürk, D., & Yalvaç, H. D. (2003). "Anoreksiya Nervoza Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu", *Klinik Psikiyatri*, 6(1), 56-61.
- Kubbealtı Lugatı, <http://lugatim.com/s/temaruz>, (Erişim Tarihi: 28.3.2022).
- LeBourgeois, H. (2007). *Malingering: Key Points in Assessment*. *Psychiatric Times*, <https://www.psychiatrytimes.com/view/malingering-key-points-assessment>, (Erişim Tarihi: 1.3.2023).

- Lipian M.S., & Mills M.J. (2000). "Malingering", B.J. Sadock and V. A. Sadock (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (7th ed.), in (p. 3908-3933), Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- LoPiccolo, C. J., Goodkin, K., & Baldewicz, T. T. (1999). "Current Issues in the Diagnosis and Management of Malingering", *Annals of Medicine*, 31(3), 166-174.
- Marasa, L. H. (2018). "Malingering: A Result of Trauma or Litigation?", *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 13(3), 2-6.
- McCullumsmith, C. B., & Ford, C. V. (2011). "Simulated Illness: The Factitious Disorders and Malingering", *Psychiatric Clinics*, 34(3), 621-641.
- McDermott, B. E., & Feldman, M. D. (2007). "Malingering in the Medical Setting", *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 645-662.
- McDermott, B. E., Dualan, I. V., & Scott, C. L. (2013). "Malingering in the Correctional System: Does Incentive Affect Prevalence?", *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 287-292.
- Mendelson, G. (2003). "Outcome-related Compensation: In Search of a New Paradigm", P. W. Halligan, C. Bass and D. A. Oakley (Ed.), *Malingering and Illness Deception*, in (p. 220-231), New York: Oxford University Press.
- Mendelson, G., & Mendelson, D. (2004). "Malingering Pain in the Medicolegal Context", *The Clinical Journal of Pain*, 20(6), 423-432.
- Mitchell, J.E., & Crow, S. (2006). "Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa", *Curr. Opin. Psychiatry*, 19, 438-443.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M., & Condit, D. C. (2002). "Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1094-1102.
- Mulay, A. L., & Cain, N. M. (2020). "Antisocial Personality Disorder", V. Ziegler-Hill and T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, in (p. 1-10), Cham: Springer International Publishing.
- Nevid, J. S., Rathus, S. A. & Greene, B. (2020). *Değişen Dünyada Anormal Psikoloji: Onuncu Baskıdan Çeviri*, (Çev. Ed. A. Durak Batıgün), 1. Baskı, Ankara: Palme Yayınevi.
- Ninivaggi, F. J. (2017). "Malingering", B. J. Sadock, V. A. Sadock, ve P. Ruiz (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, (Tenht ed.), in (p. 6131-6166), China: Wolters Kluwer.
- Online Etymology Dictionary, <https://www.etymonline.com/word/malinger>, (Erişim Tarihi: 10.02.2022).

- Özgen, F., & Aydın, H. (1999). "Travma Sonrası Stres Bozukluğu", *Klinik Psikiyatri*, 1(34-41).
- Palmer, I. P. (2003). "Malingering, Shirking, and Self-inflicted Injuries in the Military", P. W. Halligan, C. Bass and D. A. Oakley (Ed.), *Malingering and Illness Deception*, in (pp. 42-53), New York: Oxford University Press.
- Park, H. G. & Bell, C. K. (2008). "Eating Disorders", A. Guerrero and M. Piasecki (Ed.), *Problem-Based Behavioral Science and Psychiatry*, in (p. 393-408), New York: Springer.
- Resnick P.J. (2003). "Guidelines for the Evaluation of Malingering in Posttraumatic Stress Disorder", Simon R.I. (Ed.), *Posttraumatic Stress Disorder in Litigation: Guidelines for Forensic Assessment*, (2th ed.), in (p. 187-206), Washington: American Psychiatric Press.
- Resnick, P. J. (1999). "The Detection of Malingered Psychosis", *Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 159-172.
- Resnick, P. J. & Knoll, J. L. (2018). "Malingered Psychosis", R. Rogers and S. D Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th Ed.), in (pp. 98-121), New York: The Guilford Press.
- Resnick, P. J., West, S. G., & Wooley, C. N. (2018). "The Malingering of Posttraumatic Disorders", R. Rogers and S. D. Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th Ed.), in (p. 188-211), New York: The Guilford Press.
- Rogers, R. & Gillard, N. D. (2013). "Assessment of Malingering Psychological Measures", G. P. Koocher, J. C. Norcross and B. A. Greene (Ed.), in *Psychologists' Desk Reference*, (3rd ed., pp. 36-40), New York: Oxford University Press.
- Rogers, R. & Bender, S. D. (2003). "Evaluation of Malingering and Deception", A. M. Goldstein and A. B. Weiner (Ed.), *Handbook of Psychology Volume 11 Forensic Psychology*, (1th Ed.), in (p. 109-132), New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., Goldstein, A., & Leonard, K. (1998). "A Comparison of Forensic and Nonforensic Malingerers: A Prototypical Analysis of Explanatory Models", *Law and Human Behavior*, 22(4), 353-367.
- Rogers, R. (1990). "Development of a New Classificatory Model of Malingering", *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 18, 323-333.
- Rosenhan, D. L. (1973). "On Being Sane in Insane Places", *Science*, 179(4070), 250-258.
- Salekin, R. T., Kubak, F. A., Lee, Z., Harrison, N., & Clark, A. P. (2018). "Deception in Children and Adolescents", R. Rogers and S. D. Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th ed.), in (p. 475-496), New York, London: The Guilford Press.

- Schnellbacher, S., & O'Mara, H. (2016). "Identifying and Managing Malingering and Factitious Disorder in the Military", *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-7.
- TDK, <https://sozluk.gov.tr/?/temaruz>, (Erişim Tarihi: 3.4.2023).
- Tunç, P. (2019). "Antisosyal Kişilik Bozukluğu Dinamik Formülasyon: Olgu Sunumu", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(2), 211-216.
- Turan Yurtsever, N. (2019). "Adli Psikiyatri", T. Özgünen (Ed.), *Güncel Sağlık Bilimleri Çalışmaları I*, (1. Baskı), içinde s. 41-62), Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Van Egmond, J., & Kummeling, I. (2002). "A Blind Spot for Secondary Gain Affecting Therapy Outcomes", *European Psychiatry*, 17(1), 46-54.
- Varlık Tokgözoğlu, E. (2017). *Adli Tıbbi Uygulamalarda Temaruz, Uzmanlık Tezi*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.
- Vitacco, M. J. (2018). "Syndromes Associated with Deception", R. Rogers and S. Bender (Ed.), *Clinical Assessment of Malingering and Deception*, (4th ed.), in (p. 83- 97), New York, London: The Guilford Press.
- Vitacco, M. J., & Rogers, R. (2009). "Assessment of Malingering in Correctional Settings", C. L. Scott (Ed.), *Handbook of Correctional Mental Health*, (2nd ed.), in (p. 255-276), Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Wessely, S. (2003). "Malingering: Historical Perspectives", P. W. Halligan, C. Bass and D. A. Oakley (Ed.), *Malingering and Illness Deception*, in (p. 31-41), New York: Oxford University Press.
- Yaluğ, İ., Özten, E., & Tufan, E. (2007). "Konversiyon Bozukluğu ile İlgili Literatürün Bir Olgu Nedeni İle Gözden Geçirilmesi", *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 27, 458-462.