

# Ceza Ehliyeti Değerlendirmelerinde Yapılandırılmış Görüşme Yöntemlerinin Klinik Karara Etkisi

Simden DEMİRKIRAN \*, Muharrem YAMAN \*\*, Niyazi UYGUR \*\*

## ÖZET

**Amaç:** Cezalandırılmadan kaçınmak amacıyla akıl hastalığı savında bulunan kişilerde, yapılandırılmış görüşme yöntemleri kullanılarak yapılan değerlendirmelerin temaruzu akıl hastalığından ayırt etmede etkisi olup olmadığını araştırmak.  
**Yöntem:** Çalışmaya Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesi Adli Psikiyatri Birimlerine, Türk Ceza Kanununun (T.C.K.) 46. ve 47. maddeleri kapsamında tanımlanan "akıl hastalığı" savunması yapmaları nedeniyle, mahkemeler tarafından ceza ehliyeti tespiti amacıyla sevk edilen ve yatırılarak psikiyatrik gözlem altına alınan tutuklu ve tutuksuz olgular alındı. Olgular, adli psikiyatrik gözlem ekibinin kararına dayanarak, ceza ehliyeti tam olmayanlar ve ceza ehliyeti tam olanlar (temaruz) şeklinde 2 alt gruba ayrıldı. Gruplar, sosyo-demografik, suç ile ilgili, psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü ile ilgili değişkenler açısından bu amaçla oluşturulan bilgi formu, Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği-Genişletilmiş Versiyon (BPRS) ve DSM III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Yatan Hasta Formu (SCID-P) kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Olguları değerlendiren adli psikiyatrik gözlem ekibi tarafından oluşturulan tıbbi kanaat doğrultusunda, çalışmaya alınan toplam 67 olgudan 36'sı hakkında ceza ehliyetini etkileyecek nitelikte bir akıl hastalığı/ayıflığı olduğu yönünde rapor düzenlendiği (% 53.73), 31 kişinin ise herhangi bir akıl hastalığı veya zayıflığı saptanmamasına rağmen "akıl hastalığı" savında buldukları (temaruz) tespit edildi (% 46.27). Sosyodemografik değişkenler açısından gruplar arasında, temaruz grubunda suçtan önce çalışıyor olma oranının daha fazla olması dışında anlamlı farklılık yoktu. Temaruz grubunda suç öncesinde antisosyal davranış özellikleri ve mükerrem suç oranı daha yüksekti. Suç anına yönelik amnezi iddiası temaruz grubunda hasta grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı (% 29.0'a karşı % 5.6;  $p < .05$ ). İşitsel ve görsel varsam iddiasının sıklığı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Benzer şekilde öne sürülen ve alımla düşünceleri, kötülük görme düşünceleri ve diğer sanrılı düşünceler şeklinde değerlendirilebilecek düşünce içeriği açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu ( $p > 0.05$ ). Temaruz grubunda büyüklük düşüncesi iddiasında bulunan sadece 1 olgu vardı ve iki grup arasında düşünce içeriğiyle ilgili iddialar açısından arasındaki tek anlamlı fark buydu ( $p > .05$ ).

**Sonuç:** Yapılandırılmış görüşme yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen verilerin hiçbirinin tek başına temaruzu gerçek hastalıktan ayırt edebilecek güçte olduğu gösterilememiştir, bununla birlikte bazı özelliklerin genel değerlendirilmeyle bir araya getirildiğinde klinik yargının oluşmasına yardımcı nitelikte olduğu düşünülebilir.

**Anahtar kelimeler:**

Düşünen Adam; 2003, 16(3):139-143

## SUMMARY

**Aim:** To investigate the impact of the assessments performed using structured interview techniques in differentiating the mental disorders from malingering in cases of insanity defense pleas.

**Methods:** All defendants who pleaded not being responsible for their criminal acts by reason of insanity and therefore referred by the courts for psychiatric assessment in terms of criminal responsibility to the Forensic Psychiatry Units of Bakırköy Mental State Hospital for Psychiatric and Neurological Diseases over a 5 month-period, were included in the study. The study sample were divided into two comparison groups based on the clinical decision on the criminal responsibility made by the staff of Forensic Psychiatry Units as, those with complete responsibility (malingering) (n:31), and those with criminal non-responsibility and with diminished responsibility (n:36). Two groups were compared in terms of socio-demographic, criminal and psychiatric variables using a related questionnaire, Brief Psychiatric Rating Scale, and Structured Clinical Interview for DSM-III-R-Patient forms.

**Results:** According to the final decision of the Forensic Psychiatry Units, of the 67 subjects assessed, 36 (% 53.73) cases have been reported to have a mental disorder which make them not responsible in terms of penalty and 31 (% 46.27) of them had complete responsibility although they have had pleaded insanity defense (malingering). In terms of socio-demographic variables there were no statistically significant differences except that the ratio of employment being higher in the malingering group. In the malingering group, antisocial behavior and repeated criminal offenses were higher before the index crime. The claim of amnesia covering the time of the criminal act was higher in the malingering group compared to the patient group (29.0 % vs. 5.6 %;  $p < .05$ ). There were no significant differences in the frequency of claimed auditory or visual hallucinations between the groups ( $p > 0.05$ ). Similarly, regarding the psychotic/unusual thought content, there were no difference in the verbal contents between the malingering and the group of the patients ( $p > 0.05$ ). By contrast to the patient group, there was only one subject who claimed grandiose thoughts among the malingering which created the only significant difference between the two groups in terms of assessment of unusual thought content.

**Conclusion:** In this study which used structured interview techniques in the forensic assessment of insanity, none of the results were found to be as potent as to differentiate malingering from real mental disorder, however some features of these variables may be suggested to be helpful in the formation of clinical judgement when evaluated together with other findings.

**Key words:** Insanity defense pleas, malingering, forensic psychiatry

Özel Boğaziçi Tıp Merkezi, Dr.\*. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesi, Dr.\*\*

## GİRİŞ

Adli Psikiyatrinin uygulama alanına giren konular arasında ceza ehliyetinin saptanması önemli bir yer tutmaktadır. TCK 46. ve 47. maddelerinde, sanığın eylem sırasındaki şuurunu ve hareket serbestisini tamamen ya da kısmen ortadan kaldıran herhangi bir akıl hastalığı veya zayıflığının bilirkişi tarafından tespitine dayanılarak, söz konusu suçtan sorumlu tutulamayacağı ifadeleri yer almaktadır. Cezalandırılmanın ortadan kalkması olanağını sağlayan bu hükümlerin savunma tarafından bilinmesi, sanığın kendisinde bir akıl hastalığı olduğu iddiasında bulunma olasılığını artırmaktadır. Bu olanak sanığın, geçmiş öyküsündeki herhangi bir psikiyatrik tedavi başvurusunu, askerlikte aldığı raporu öne sürmesine ya da olağan insan deneyimleri içindeki aşırı zorlanma ve yüklenme anlarına verilen psikolojik yanıtları abartmasına ve yargılandığı suç karşısındaki savunmasını "akıl hastalığının varlığı" iddiası üzerinden yapmasına neden olabilir. "Ceza ehliyetsizliğini" düzenleyen hükümlere dayanarak sanığın, yasanın bu maddelerinden yararlanma eğilimi içine girmesine, adli psikiyatri uygulamalarında hiç de az olmayan bir sıklıkta karşılaşılmaktadır. Adli nedenlerle olan başvurularda temaruz oranının % 10 ile % 20 arasında olduğu öne sürülmektedir (Mills ve Lipian 1995).

DSM IV'te, çevresel uyaranların motivasyonu ile (askere gitmekten kaçınma, işten kaçma, maddi tazminat alma, cezai takibattan kurtulma ya da ilaç elde etme gibi) bilinçli ve istemli bir şekilde, olmayan fiziksel ya da psikolojik semptomların üretilmesi ya da abartılması "temaruz" (Malingering) olarak tanımlanmaktadır (V65.2) (APA 1994). Temaruz, ICD-10'da da Z.76.5 koduyla benzer şekilde tanımlanmaktadır (WHO 1992). Ruhsal hastalık tanı ölçütlerinde temaruz kavramı klinik ilginin odağı olabilecek konular arasında sıralanmaktadır. Bu anlamda, bir tanı kategorisi değildir. Öznel olarak iddia edilen belirti kümesini "güvenilir ve geçerli" bulmayan klinisyenin, hastalık rolüne somut ve maddi bir dış kazanç nedeniyle gereksinimi olduğunu düşündüğü kişiyi tanımladığı "ek bir kategorinin" başlığıdır.

Kişiyi akıl hastalığı iddiasında bulunmaya yönelten bazı durumlarda, ortaya çıkan davranış biçiminin

(ruhsal hastalık taklidinin ve bunun sonucu ortaya çıkan maluliyetinin) kuşkuya yer vermeyecek şekilde klinisyeni yanıltmayı amaçladığı ve maddi bir kazançla ulaşmayı amaçladığının tespiti mümkün olabilir. Oysa diğer bazı durumlarda klinisyeni aldatmayı ve yanıltmayı amaçlayan davranışların motivasyonları çok karmaşıktır. Böylesi durumlarda bilinçli/bilinçsiz, istemli/istemli ya da çevresel/içsel ayrımlarının basitçe yapılması çok güç hale gelebilir (Cunnien 1988). Akıl hastalığını "oynayan" kişi öylesine becerikli, ısrarlı ve oynadığı hastalığın doğası hakkında o derece bilgili olabilir ki bu durumu gerçek bir ruhsal bozukluktan ayırt etmek olanaksız olabilir (Meyerson 1989).

Bu alanda yapılacak betimleyici çalışmanın sonuçlarının temaruz tanısına yol gösterebilecek nesnel dayanakların oluşturulmasında ve klinik karar verme sürecine katkısı olabilecek eşlik eden faktörlerin tanımlanmasında yararlı olabileceği düşünülebilir. Bu çalışmanın amacı, ceza ehliyetinin belirlenmesi amacıyla değerlendirildikleri sırada, akıl hastalığı iddiasında bulunan kişilerle (temaruz), gerçek hasta olanlar arasındaki ayrımın bazı faktörler bazında belirlenip belirlenemeyeceğini incelemek ve sosyodemografik, suçla ilgili ve öne sürülen psikiyatrik yakınmalarla ilgili değişkenlerin yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirilmesinin temaruzu akıl hastalığından ayırt etmede etkisi olup olmadığını belirlemektir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya, Ekim 1996-Mart 1997 tarihleri arasındaki 5 aylık dönemde, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Araştırma ve Eğitim Hastanesi Adli Psikiyatri Birimlerine, "akıl hastalığı" savunması yapmaları nedeniyle mahkemeler tarafından ceza ehliyeti tespiti amacıyla sevk edilen ve yatırılarak psikiyatrik gözlem altına alınan tutuklu ve tutuksuz tüm sanıklar alındı. Farik ve mümeyyizlik (T.C.K. 54. madde) ya da Alkol/Madde kullanımının bağımlılık derecesinde olup olmadığının (T.C.K. 404. madde) tespiti amacıyla sevk edilen sanıklar çalışma kapsamının dışında tutuldu.

Çalışmaya alınma ölçütleri;

1. Halen sürmekte olan bir dava nedeniyle tutuklu

ya da tutuksuz olarak yargılanırken, ceza ehliyeti tespiti için hastanemize yollanmış olmak.

2. Hastaneye yatırılarak adli psikiyatrik gözlem altına alınmış olmak,
3. Yatırılarak yapılan gözlem sırasında, sanığın hâlen ve söz konusu suç tarihinde davranışlarını yasalara uygun olarak düzenlemesini etkileyen ruhsal belirti ya da hastalık etkisinde olduğunun öne sürülmesi,
4. 16 yaşın üstünde olmak,
5. Erkek olmak (Çalışmanın yapıldığı 5 aylık dönemde adli psikiyatrik gözlem amacıyla değerlendirilen kadın sanık sayısının çok az olması nedeniyle) şeklinde oluşturuldu.

Araştırmacı, ilgili mahkemeye sanık hakkında rapor düzenleme sorumluluğu olan ve sanıkta yasalarla tanımlanan çerçevede ceza ehliyetini etkileyecek şiddette bir akıl hastalığı/zayıflığının olup olmadığının tespitini amaçlayan adli psikiyatrik gözlem ekibi içinde yer almadı. Sanıkların Temaruz yapıp yapmadığı yönünde bir ön eğilim olmaksızın tüm adli psikiyatrik gözlem olguları araştırmaya alındı. Değerlendirme aşamasında her bir olgu, ileriye dönük şekilde, rapor düzenleyen ekibin oluşturduğu tıbbi kanaate kör olarak incelendi.

Çalışmaya alınan kişiler; olgular hakkında kanaat belirten ekibin kararına dayanarak, ceza ehliyeti tam olanlar ve tam olmayanlar şeklinde 2 alt gruba ayrıldı ve sosyodemografik değişkenler, suç ile ilgili değişkenler, psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü ile ilgili değişkenler ve iddia edilen ve saptanan psikopatolojik değişkenler açısından karşılaştırıldı.

Değerlendirmeler için sosyodemografik değişkenler, suçla ilgili değişkenler ve psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü ile ilgili değişkenlere yönelik bilgi formu, öne sürülen psikiyatrik yakınmaların değerlendirilmesi için Kısa Psikiyatrik Derecelendirme Ölçeği-Genişletilmiş Versiyon (BPRS) ve olguların herhangi bir I. eksen tanısı alıp-almadığını belirlemek amacıyla SCID-P kullanıldı.

Görüşme öncesinde, kişilere, değerlendirme sürecinin rapor düzenleme amacı dışındaki niteliği hakkında bilgi verildi ve onayları alınarak araştırmaya alındılar.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanıldı. Nicel değerlendirmeler için student-t testi, nitel değerlendirilmeler için ki-kare testi, veriler arasındaki bağıntının değerlendirilmesi için lineer korelasyon testi uygulandı.

## BULGULAR

Çalışmaya adli psikiyatrik gözlem amacıyla mahkemeler tarafından sevk edilen toplam 67 olgu alındı. Olguları değerlendiren adli psikiyatrik gözlem ekibi tarafından oluşturulan tıbbi kanaat doğrultusunda, 36 olgu hakkında ceza ehliyetini etkileyecek nitelikte bir akıl hastalığı/zayıflığı olduğu yönünde rapor düzenlendiği (% 53.73), 31 kişinin ise herhangi bir akıl hastalığı veya zayıflığı saptanmamasına rağmen "akıl hastalığı" savında bulunduğu tespit edildi (% 46.27).

Sosyodemografik değişkenler açısından temaruz grubunda suçtan önce çalışıyor olma oranının daha fazla olması dışında anlamlı farklılık yoktu.

Psikopatolojik açıdan yapılan değerlendirmelere göre, ceza ehliyetini etkileyecek akıl hastalığı saptanmayan olguların SCID-P'ye göre tanı gruplarına göre dağılımına bakıldığında, 16'sında hafif ya da orta şiddette Depresyon veya Anksiyete spektrumu bozukluklarının (% 51.7), 5'inde psikoaktif madde kullanım bozukluğunun (% 16.1) bulunduğu, 10 kişide ise birinci eksende değerlendirilebilecek bir ruhsal bozukluğun bulunmadığı belirlendi (% 32.2). Yine bu grupta suç öncesindeki psikiyatrik tedavi başvuruları sonucunda, Depresyon/Anksiyete Spektrum Bozuklukları (% 27.8), Antisozyal Kişilik Bozukluğu (% 11.1), Psikoaktif Madde Kullanım Bozukluğu (% 33.3) tanılarının konmuş olduğu saptandı. Temaruz grubunda suç öncesinde antisozyal davranış özelliklerinin anlamlı oranda daha fazla olduğu saptandı (% 80.6) (p<.05).

Suçun niteliğine göre değerlendirildiğinde, temaruz grubunda adam öldürme (% 32.3'e karşı % 11.1), öldürmeye teşebbüs (% 12.9'a karşı % 2.8) ve hırsızlık (% 12.9'a karşı % 2.8) suçları hasta grubuna oranla daha fazlaydı. Ayrıca temaruz grubunda hem daha önce suç işleme hem de mükerrer suç oranı daha yüksekti (% 25.8'e karşı % 2.8).

Temaruz grubunda akıl hastalığı savunmasına dayanak olarak öne sürülen ifadeler aşağıdaki gibi gruplanıyordu: suç sırasında ne yaptığının farkında olmadan saçma davranışlarda bulunma ve sonradan anımsayamama (% 19.4), öfkelenildiğinde kendini kaybetme ve ne yaptığının farkında olmama ve sonradan anımsayamama (% 29.0), suç esnasında psikoaktif madde etkisi altında olup ne yaptığının farkında olmama (% 6.5), sıkıntı ve bunalım (% 6.5), kulağına ses gelmesi (% 16.1), alınma, kötülük görme, kıskançlık vb. düşünce içeriği (% 12.9), diğer (% 9.0). Bu ifadelerden ilk üçünün temaruz grubunda daha fazla oranda dile getirildiği saptandı.

Gruplar öne sürülen psikiyatrik belirtilerin sıklığı açısından karşılaştırıldığında, herhangi bir şeyi anımsamakta tamamen yetersiz olduğunu öne sürenlerin oranı temaruz grubunda hasta grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı (% 29.0'a karşı % 5.6;  $p<.05$ ). BPRS kullanılarak yapılan değerlendirmelerde, işitsel (% 48.4'e karşı % 47.2) ve görsel varsanı (% 25.8'e karşı % 22.2) iddiasının sıklığı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>.05$ ). Benzer şekilde öne sürülen ve alınma düşünceleri (% 58.1'e karşı % 77.8), kötülük görme düşünceleri (% 67.7'ye karşı % 83.3) ve diğer sanrılı düşünceler (% 32.0'a karşı % 66.7) şeklinde değerlendirilebilecek düşünce içeriği açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu ( $p>.05$ ). Temaruz grubunda büyüklük düşüncesi iddiasında bulunan sadece 1 olgu vardı ve iki grup arasında düşünce içeriğiyle ilgili iddialar açısından arasındaki tek anlamlı fark buydu ( $p>.05$ ).

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Konuyla ilgili kaynaklarda, temaruz davranışının değerlendirilmesinde, klinik görüşmeler, psikometrik incelemeler, hemşire gözlemleri, sosyal çalışmacının araştırmaları, adli ve psikiyatrik kayıtların incelenmesi gibi yöntemlerin yanı sıra; yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılmasının daha sistematik bir değerlendirmeyi sağlayacağı öne sürülmektedir. Halen "temaruzun tüm formlarının" belirlenmesini amaçlayan, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış yapılandırılmış bir görüşme yöntemi bulunmamaktadır (Rogers 1988). Bu çalışmada, ceza ehliyetinin belirlenmesi için değerlendirildikleri sırada, akıl hastalığı iddiasında bulunan kişilerle (te-

maruz), gerçek hastalar arasındaki ayrımın bazı faktörler bazında belirlenip belirlenemeyeceğinin incelenmesi amaçlandı. Bu amaçla sosyodemografik, suçla ilgili ve öne sürülen psikiyatrik değişkenlerin yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirilmesinin temaruzu akıl hastalığından ayırt etmede etkisi olup olmadığı belirlenmeye çalışıldı.

Sosyodemografik verilerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulgular her hangi bir sosyodemografik değişkenin ceza ehliyetine karar verilmesi açısından belirleyici olabileceğini düşündürmemektedir. Temaruz grubunda suç öncesinde bir işte çalışıyor olma oranının daha yüksek olması bulgusu, diğer verilerle birlikte değerlendirildiğinde, çalışma durumunun kişinin akıl hastalığına bağlı yetiyitiminin olup olmadığının belirlenmesi açısından yardımcı bir veri olarak kullanılabilirliğini düşündürülebilir.

Suçun niteliğiyle ilgili yapılan karşılaştırmalar iki grup arasında ayırt edici özellik göstermemiştir. Bu alandaki klinik deneyimler, suçun niteliğinden çok işleniş şeklinin ceza ehliyeti açısından fikir sağlayabileceğini göstermektedir. Temaruz grubunda daha önce mükerrer suç işlemiş olma oranı daha fazla bulunmuştur. Konu ile ilgili kaynaklarda da akıl hastalığı savunması yapanların genellikle erkek, bekar, geçmişte suç öyküsü ve geçmişte psikiyatrik tedavi başvurusu öyküsü olan kişiler olduğu belirtilmektedir (Satsumi ve Oda 1995).

Temaruz grubunda "olmayan sesler duyduğunu veya hayaller gördüğünü" öne sürenlerle hasta grubunda aynı yakınmaları dile getirenlerin oranının farklı olmaması, tek başına semptom değerlendirmesinin ayırt edici özelliği olmadığını düşündürmektedir. Düşünce içeriği açısından bakıldığında ise hasta grubundan farklı olarak temaruz grubunda grandiyöz özellik taşıyan düşünce içeriğinin sadece bir olguda saptanmış olması, manik sendromun taklit edilmesinin belirtilerin doğası gereği oldukça zor olması nedeniyle temaruz amacıyla daha az kullanıldığına dair literatürle uyumlu bir bulgudur (Resnick 1988). Yine de, bu bulgunun iki yönlü değerlendirilmesi de mümkündür, başka bir deyişle manik sendrom başarıyla taklit edildiğinde de ayırt edilmesi güçleşecektir.

Temaruz grubunda, suç sırasında ne yaptığının far-

kında olmadan saçma davranışlarda bulunma ve sonradan anımsayamama ve öfkelenişinde kendini kaybetme ve ne yaptığının farkında olmama ve sonradan anımsayamama ifadeleri daha fazla dile getirilmiştir. Ayrıca, temaruz grubunda herhangi bir şeyi anımsamakta tamamen yetersiz olduğunu öne sürülenlerin oranı hasta grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır. Yapılan araştırmalarda, kriminal olgularda amnezi iddiasının sıklığının % 30 ile % 55 arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir. Cezai sorumluluktan kurtulmak amacıyla öne sürülen hastalık belirtileri arasında en sık rastlanılanlardan biri amnezi (unutkanlık) olmaktadır (Brandt 1988). Amnezi iddiasının adli psikiyatrik uygulamalarda sık ortaya çıkmasının bir nedeninin, kişilerin bellek bozukluğunu kolaylıkla taklit edebileceklerine ve bu durumun gerçek patolojiden ayrıştırılmasının klinisyen açısından olanaksız olduğuna olan inançlarının olduğu belirtilmektedir. Ayrıca varolmayan bir belirti ya da davranış biçimi üretmek ve bunu sürdürmeye çalışmaktansa, basitçe biraz daha az anımsamanın davalıya daha kolay geldiği düşünülebilir (Trueblood 1994). Bu bulgu amnezi iddiasının ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Olgular özyaşam öykülerindeki antisosyal özellikler yönünden incelendiğinde, temaruz grubunda antisosyal davranış öyküsünün belirgin olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Konuyla ilgili bir çok yayında erişkin yaşamda temaruz tanısına en sık eşlik eden bozukluğun Anti Sosyal Kişilik Bozukluğu olduğu belirtilmektedir (Meyerson 1989, APA 1994, Mills ve Lipian 1995).

Sonuç olarak, yapılandırılmış görüşme yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışmada, akıl hastalığı nedeniyle ceza ehliyeti olmayan kontrol grubuyla karşılaştırıldığında temaruz grubundaki kişilerde sosyodemografik ve suçla ilgili özellikler veya öne sürülen psikiyatrik belirtilerden her hangi biri-

nin tek başına ayırt edici özellik taşımadığı bulunmuştur. Özgeçmişte suç işleme ve antisosyal davranış öyküsü bulunması en ayırt edici olabilecek özellik gibi durmaktadır. Bununla birlikte, bu veriler genel değerlendirme içinde klinik kanıtı güçlendirecek özelliktedir.

Temaruz tanısının güvenilir bir şekilde konması büyük oranda klinisyenin bilgi, deneyim ve becerisine bağlı olmakla birlikte, özellikle bu konunun taşıdığı ciddi sosyo-legal sonuçlar göz önüne alındığında, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış yapılandırılmış görüşme yöntemlerinin bulunması yönünde araştırmaların yapılması yararlı olacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4.baskı, Washington, DC., American Psychiatric Association Press, s.683, 1994.
2. Brandt J; Malingered Amnesia. Clinical Assessment of Malingering and Deception. New York, The Guilford Press, s.65-83, 1988.
3. Cunnien AJ; Psychiatric and Medical Syndromes Associated with Deception. Clinical Assessment of Malingering and Deception. New York, The Guilford Press, s.13-33, 1988.
4. Meyerson AT; Malingering. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5. baskı, cilt.2, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams&Wilkins, s.1396-1399, 1989.
5. Mills MJ, Lipian MS; Malingering. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6.baskı, cilt.2, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), Baltimore, Williams & Wilkins, s.1614-1622, 1995.
6. Resnick PJ; Malingered Psychosis. Clinical Assessment of Malingering and Deception. New York, The Guilford Press, s.34-53, 1988.
7. Rogers R; Current Status of Clinical Methods. Clinical Assessment of Malingering and Deception. New York, The Guilford Press, s.293-308, 1988.
8. Satsumi Y, Oda S; The Insanity Defence: Offenders with Major Psychoses in Japan. The Journal of Forensic Psychiatry 6(2):369-380, 1995.
9. Trueblood W; Qualitative and Quantitative Characteristics of Malingered and Other Invalid WAIS-R and Clinical Memory Data. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 16(4):597-607, 1994.
10. World Health Organisation; Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, İngilizceden çeviren F. Çuhadaroğlu ve ark., Ankara, Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, s.296, 1992.