

Tablo 1: Yapay bozukluk DSM-IV-TR tanı kriterleri

A	Fizik ya da psikolojik belirti veya bulguların amaçlı olarak ortaya çıkarılması ya da bu tür belirti veya bulgular varmış gibi davranılması.
B	Bu davranışın altında yatan motivasyon hasta rolünü benimsemedir.
C	Böyle davranmayı gerektiren dış etken yoktur (Simülasyonda olduğu gibi ekonomik kazanç sağlamak, yasal sorumluluktan kaçınmak veya daha iyi koşullarda yaşamak için gibi).

Temel klinik özelliği hasta rolünün benimsenmesi amacıyla bedensel veya psikolojik belirtilerin üretilmesi ya da taklit edilmesi olan yapay bozukluğun DSM-IV-TR'ye göre tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir.²

Yapay bozukluğun şiddetli ve kronik şekline Munchausen sendromu denmektedir. Munchausen sendromu 1951 yılında Richard Asher'in yaptığı bir yayında kullanılan renkli bir tanımlamadır ve aynı zamanda "daha çok fizik semptom ve bulguları olan yapay bozukluk" olarak da bilinir. Sendrom, adını Türklere karşı savaşan Rus ordusunda görev yapmış soylu bir subay olan Baron Karl Munchausen'den (1720-1797) almıştır. Munchausen emekliliğinden sonra arkadaşlarını süslü savaş öyküleriyle eğlendirmekteydi. Bu sendromda belirtiler, Munchausen için söylenenlerde olduğu gibi dramatik, abartılı ve gerçekdışı olduğu için onun ismiyle anılmıştır.¹

Tanım: Munchausen by Proxy'de (bakım verenin yapay bozukluğu) kişi, bakımı altında bulunan bir başka kişide istemli olarak hastalık belirtileri oluşturur. En sık görülen şekli, kendi çocuğunda hastalık oluşturarak dolaylı olarak hasta rolünü benimseyen annedir. Bozukluğun teşhis kriterleri Tablo 2'de verilmiştir.²

Bu tür çocuk suistimalini ilk kez 1977'de Meadow tanımlamıştır. Aile veya koruyucu kişi, çocukta bir hastalık varmış gibi davranmakta veya hastalık oluşturmakta ve "hasta"

çocuğu doktora götürmektedir. Sonuçta; tıbbi öykü, laboratuvar testleri veya hastalığın gerçek sebebi değişmekte veya tıbbi tedavi nedeniyle yaralar oluşmaktadır. Bazı olgularda ise anne direkt olarak zararlı eyleme yol açabilmektedir (zehirleme, yanlış ilaç verme gibi).^{3,5}

Rosenberg'in yaptığı kapsamlı literatür taraması sonucunda Munchausen by Proxy (MBP) konusunda: "(1) Bir ebeveyn veya ebeveyn yerine hareket eden (bakım veren) birisi tarafından bir çocukta taklit edilen veya oluşturulan bir rahatsızlık, (2) Sıklıkla birçok tıbbi prosedürle sonlanacak şekilde, çocuğun genellikle devamlı olarak tıbbi değerlendirme ve bakım için getirilmesi, (3) Çocuğun rahatsızlığının etiyolojisi ile ilgili olarak failin bir bilgisi olduğunu inkâr etmesi ve (4) Çocuk failden ayrıldığında çocuğun akut semptom ve belirtilerinin hafiflemesi temel özelliklerdir. Bu tanım, fiziksel veya cinsel istismar ve organik nedenli olmayan büyüme geriliğini dışlamaktadır" denmiştir.^{6,7}

Son yıllarda bu bozukluktaki çocuğun suiistimaline "pediyatrik durumun tahrifi" denilmesi teklif edilmiştir. MBP ise "kendi psikolojik ihtiyaçları"ni gidermek için çocuğa pediyatrik durumun tahrifi yoluyla zarar veren bakıcıdaki tanıyı tanımlamak için kullanılmaktadır.⁸

Motivasyon: MBP'deki temel motivasyon, güçlü profesyonellerin ilgisine ve kullanılmasına duyulan

ihtiyaç gibi görünmektedir. Çocuk burada el altında bulundurulması gereken bir nesnedir ve anneyi, hastanenin "heyecan verici" ortamına ve doğrudan hekime ulaştırmayı sağlar. Çocuklarına karşı derin şefkatleri olduğuna dair dıştan çok inandırıcı rollerde görünmelerinin aksine, gizli kamerayla uzun saatler boyunca izlendikleri zaman bu annelerin yalnızken çocuklarıyla ilgilenmedikleri veya onlara acımasızca davrandıkları gözlenmektedir.

MBP'li anneler "hasta" bir bebeğin üzerinden hekim, ebeveyn veya eş ilgisini devam ettirmeye yönelik yoğun ihtiyaçlarını gidermektedirler. Bir yandan çok iyi ve hayran olunan ilgili bir bakıcı, diğer yandan güçlü biri gibi görünmektedirler. Sıklıkla zeki ve sağlıklı ilgili bilgisi bulunan, sevimli, işbirliğine yatkın, iyi tıbbi bakımdan dolayı minnettar ve hastane çevresini süsleyen biri olarak tanınırlar. Aslında çocuğa düşünlükleri gerçek olmadığı gibi bu kadınlar için çocuklarının fazla bir önemi de yoktur.^{3,8}

MBP'li kişilerin alta yatan psikopatolojik yapılarını anlamak güçtür. Narsistik frajilite (kendine hayran ve kırgın) ve borderline (sınırdaki) kişilik çok siktir, ama bu kişilerde pasif-bağımlı histerik kişilik bozukluğu veya sadomazoşist davranışlar ve depresyon da bulunabilir.⁹ Kısacası, çoğunda narsistik bozukluklar vardır ve "sahtekârlar"la psikopatik kişilikli insanlarda gözlenen özellikler MBP'lilerde de görülür.⁵

Fail ve çocuk: Çocuktan sorumlu ebeveyn genelde annedir ve çocukların yaşları 3 ile 13 arasında değişmektedir. Çocukların yaklaşık yaş ortalamaları 40 ay olup erkek veya kız olması yakın orandadır. Doksan üç olgunun analizinde 80 olguda (%86) sorumlu kişi anne iken, 4 olguda baba (%4), 4 olguda üvey ebeveyn (%4) ve 2 olguda büyükanne (%2) bulunmuştur. MBP olgularının en az %93'ü kadınlardır. Southall'ın raporunda 39 olgu arasında yalnızca 1 fail babaydı. Çocukların ise %54'ü erkek, %46'sı kızdı.^{4,5,7,8,10}

Tablo 2: Munchausen by Proxy (MBP) DSM- IV-TR tanı kriterleri

A	Bakımı altında bulunan başka bir şahısta, istemli olarak fizik ya da psikolojik bulgu ve belirtilerin üretilmesi veya varmış gibi gösterilmesi.
B	Bu davranışın altında yatan motivasyon dolaylı olarak hasta rolünün benimsenmesidir.
C	Böyle davranmayı gerektiren (ekonomik kazanç gibi) dış etken yoktur.
D	Bu davranış başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

MBP'nin uyarıcı işaretleri: Geniş gözden geçirmesinde Schreier MBP'yi tanımak için şu faktörlere dikkat etmek gerektiğini önermektedir:

- Çoklu apne epizotları ya da rapor edilen apne
- 6 aydan daha büyük bir çocuk
- Başka bir majör hastalığı olan bir kardeş
- Ölen bir kardeş
- Bir kardeşinin suiistimal listesinde olması
- Hayatı tehdit eden akut bir olayla birlikte çocuğun ağız veya burunda kan olması
- Sadece şüphe altındaki ebeveyn veya bakım verenin hazır bulunduğu zaman meydana gelen rahatsızlıklar.⁸

Epidemiyoloji: MBP 16 yaşından küçük çocukların ebeveynlerindeki nadir bir bozukluk olup, yıllık görülme sıklığı 100 binde 0.4 ila 2 arasında değişmektedir. Çocukların %55'e varan kısmında gerçek komorbid fiziksel hastalıklar bulunabilir.¹⁰ Bir başka çalışmada, çocukların %30'unda temelde tıbbi bir hastalık vardı ve bu durum annenin suiistimaldeki rolünden kuşkulandırmayı zorlaştırıyordu.⁷

Tanya varmada gecikme: Tanı koymada aylar ilâ yıllar süren gecikmeler tipik olarak görülür. Bu dönemde çocuk, kendisi için acı verici olabilen ve bazı riskler taşıyan sürekli tıbbi değerlendirmelere ve bazen de invazif girişimlere maruz kalır. Genellikle hastaneye yatırılmıştır ve var olmayan durumlar için tutulmaktadır.^{8,11} Suiistimalin keşfedilmesi zor olduğu zaman, tek başına bir hekim sendromun farkına varmayabilir. Şu üç kaideden en az ikisi MBP olgularında söz konusudur: Yanlış geçmiş bildirilmesi, laboratuvar sonuçları ile tıbbi kayıtların tahrihi ve çocukta hastalığa bizzat neden olma (bu sonuncusu, sendromun en tehlikeli formudur).

Literatürün gözden geçirilmesinde, semptomların başlangıcından tanı koymaya kadar geçen süre ortalama 21.8 ay olarak bulunmuştur.⁶ Bir baş-

ka çalışmada, Rosenberg 14.9 aylık gecikme bulmuştur.⁷ Gecikme uzun sürdükçe suiistimaller fark edilememekte, maalesef böylelikle artarak çocuk daha çok yıpranmaktadır.

İlgisiz baba figürü: Baba genellikle suiistimalden habersizdir ve çoğunlukla annenin yaptıklarına inanmaz, inanmak istemez. Bazen baba sessizce annenin hareketlerine göz yumar ve müdahale etmez. Bu süreçte hastaneye nadir gelen, pasif bir rol oynayan, mesafeli ve ilgisiz babalar çoğunluğu oluşturur.^{5,8}

Kardeşin durumu: Birçok MBP olgusunda bir kardeşin ani bebek ölümü sendromundan kaybedilmesi dikkat çekicidir. Küçük çocuklar, özellikle de bebekler en yaygın kurbanlardır ve muhtemelen suiistimale uğramışlardır. Üstelik MBP'de nüks oranı çok yüksektir ve suiistimale uğrayan çocuğun veya ailedeki diğer çocukların yaşamı ciddi risk altındadır.⁸

Ayarıcı tanı: Tanı koyarken anneyi harekete geçiren dinamikleri fark etmek büyük önem taşır. Anne, çocuğa hangi tanısız girişimlerin yapılacağıyla aşırı ilgilidir, ancak rahatsızlığın ne olduğu ve tedavinin nasıl gittiğine dair endişe taşımaz. Bu annelerle konuşmak, çocukları ciddi derecede hasta olan pek çok ebeveynle konuşmaktan daha farklıdır. Normalde anne-babalar çocuklarının nesi olduğunu öğrenmek isterler ve kendilerine yeni bir tanısız test seçeneği söylendiğinde bu öneriden ürkerler. MBP'li anne, çocuğu hastanedeyken tanısız girişimler uygulandıkça gördüğü özel ilgi ve özel bakımdan hoşnut olduğunu itiraf eder.

Gerçek MBP sendromu olgularında bakıcının bu suçu işleme sebebi, tıbbin dikkatini çekmektir. Gereksesi ilgi çekmek olmayan uydurma hastalıklar, gerçek MBP sayılmaz.¹¹

Çocuğa verilen zararda hekimin de bir unsur olarak eyleme katılması ilginçtir. Görünüşe göre, özellikle de uzun vadede olguya en yakın kişi olan doktor, anne tarafından en

çok kandırılan ve ona en çok inanan kişi olmaktadır. Hekimler genellikle kendi şüphelerine dayanarak olguyu bir uzmana göndermiş olsalar dahi anneyi savunmaktadır. Bazı araştırmacılar; MBP'nin bir bağımlı, bir bakıcı ve bir hekim gerektiren üçlü bir süreç içerdiğini ileri sürerler.⁸

Gizli kamerayla gözetim: Annenin aşırı ilgili görünüşü, hekim ve diğer sağlık bakım çalışanları için MBP'nin teşhisi konusunda tereddütlere yol açar. Bu yüzden tanının gecikmemesi, dolayısıyla çocuğun korunması için gizli kamerayla gözetimin kullanılmasını haklı kılar. Böylelikle hem tanı oluşturulur hem de ceza davasında çekim kayıtları kanıt kabul edilebilir. MBP'den şüphelenilen olgularda gerçek tıbbi tanının konmasında gizli çekimler, kameranın değeri ortaya konmuştur.^{8,10,11} Gizli kamera kayıtları ancak yasal izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmelidir. Kayıt için mahkeme kararı gerekebilir ve uygulamaya geçerken çocuğa sağlanacak muhtemel yarar ile ailenin mahremiyetinin zedelenmesi arasındaki kâr/zarar hesabı özenle yapılmalıdır.¹

Tedavi: Psikolojik güçlükler, inatçı ebeveyn inkârı ve ebeveynin yalancılık kapasitesi MBP failinin tedavisini zorlaştırmaktadır. Başarılı tedavinin bazı göstergeleri şunlardır: a) İstismarcı istismarı kabul etmekte ve çocuğu nasıl istismar ettiğini net bir şekilde anlatabilmektedir. b) İstismarcı, davranışlarına ve çocuğa verdiği zarara uygun bir duygusal tepki yaşamıştır. c) İstismarcı gelecekte çocuğuna istismar etmekten kaçınmak için ihtiyaç duyduğu şeyleri daha iyi tespit ve idare etmek için stratejiler geliştirmiştir. d) Bu becerileri uzun bir zamandan beri göstermektedir.

Buna rağmen tedavi başarısı düşüktür ve birçok olguda ebeveynler yakın gözetime rağmen, yüzleştirme ve psikiyatrik tedavi sonrasında bile çocuklarını istismar etmeye devam ederler.^{1,8,10,12}

OLGU

Olgumuz Eda G'nin Halenur adındaki çocuğunun 2004 yılı Temmuz ayında vücudunda yaygın döküntüler ve üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla tedavi altına alındığı, bir hafta sonra ağızda, deride döküntüler başlaması nedeniyle Steven-Johnson sendromu tanısıyla tedavi edilmeye devam edildiği, göz ve ağız lezyonlarının gerilememesi üzerine bir hafta sonra İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Servisi'ne Steven-Johnson ön tanısıyla yatırıldığı, 9.11.2004 tarihinde taburcu olduğu, Halenur G'nin 24.3.2005 tarihinde ateş, kusma, ağız ve burunda akıntı, kanama nedeniyle yeniden tedavi altına alındığı, skatrisyel pemfingoid ön tanısıyla tetkiklerinin yapıldığı, durumunun düzelmesi nedeniyle bir süre sonra hafta sonu izne gönderildiği, ancak hasta evde izindeyken Pazar günü 10.04.2005 tarihinde kahverengi kusma, sol yanağında döküntü başlaması, ağız çevresi lezyonlarında kötüleşme nedeniyle yeniden hastaneye getirildiği, hastanın bir gün sonra solunum sıkıntısı çekmesi üzerine yoğun bakım ünitesine alındığı, trakeostomi açıldığı ve solunum cihazına bağlandığı, durumunun düzelmesi üzerine 7.5.2005 tarihinde Dermatoloji servisine nakledildiği, tetkikleri devam ederken 22.7.2005'te tekrar solunum sıkıntısı başladığı, hastanın yeniden yoğun bakıma alındığı, ancak 23.7.2005 tarihinde vefat ettiği anlaşılmıştır.

Eda G'nin ikinci çocuğu Furkan G'nin vefat eden kardeşinin rahatsızlığına benzer şekilde ağız içi yaralar, ağız içi kanama, kusma şikâyetleri ile İstanbul Tıp Fakültesi Alerji bölümüne 21.10.2005 tarihinde yatırıldığı, hastanın tıbbi tetkikleri devam ederken 9.11.2005 tarihinde Furkan G'nin bağırarak odadan çıktığı, yanıyor diye boğazını gösterdiği, refakatinde bulunan annesi Eda G'nin davranışlarından sağlık personelinin şüphelendiği, hemşirenin Eda G'ye çocuğa ne yedirdiğini sorması üzerine, Eda G'nin sadece gargara yaptığını söylediği, hemşirelerin

Furkan'ı annesi Eda G'yle birlikte odaya götürmek istemeleri üzerine Furkan'ın odaya gitmek istemediği, hemşirelerin yanında kalmak istediği, sağlık ekibinin odaya gittiklerinde Andorex adlı gargaranın hiç kullanılmadığını gördükleri, anne Eda G'nin odadaki tüm eşyalardan örnek alınacağı söylendiğinde heyecanlanarak elinde bir şey saklamaya çalıştığı, tuvalete girip kapıyı kilitlediği, sifonu çektikten 3-4 dakika sonra tuvaletten çıktığı, yapılan incelemede tuvalet rezervuarının içinde poşete sarılı Güldal marka kireç çözücünün görüldüğü, Furkan G'nin yatağında ve çarşafalarında kireç çözücü lekelerinin olduğunun saptandığı, aynı gün 09.11.2005 tarihinde Furkan G'ye Çocuk Cerrahisi'nde yapılan konsültasyon sonucunda dil ve dudaklardaki eritemin koroziv madde alımına bağlı olabileceği sonucuna varıldığı, 10.11.2005 tarihinde Dermatoloji'de yapılan direkt immün floresan ve histopatolojik tetkiklerinde skatrisyel pemfingoid ve pemfigus tanılarının hastada düşünülmeceğinin belirtildiği, aynı gün yapılan özofagoskopi sonucunda yemek borusunda proksimalden itibaren özofagokardiyal bileşmeye kadar yaygın grad 2B yanık tespit edildiği, 10.11.2005 tarihinde hastane personeli ve uzman hekimlerin anne Eda G'nin, oğlu Furkan G'yi kasıtlı olarak ağız yoluyla kireç çözücü içirmek suretiyle zehirlediği kanısıyla tutanakla suç duyurusunda buldukları, Eda G'nin 16.11.2005 tarihinde tutuklandığı anlaşılmıştır.

Sanık Eda G, ifadesinde suçu kabul etmediğini, kireç çözücüyü tuvalet temizliği için aldığını, çocuklarında zehirli de olsa ellerine aldıkları maddeleri yeme alışkanlığı olduğunu söylediği, mahkemede sanığın eşi İsa G'nin ifadesinde annesi tutuklandıktan sonra Furkan'ın iyileştiğini, Halenur'un da aynı arazlarla tedavi edilirken Eda G'nin olmadığı dönemlerde iyileştiğini söylediği görülmüştür.

Çocuğun zehirlenmesi: Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na (ATK) "mağdura nitrik asit verilmek su-

retiyle zehirlenmiş olup olmadığı, bu zehirlenme sebebiyle yaşamını tehlikeye sokan bir durum olup olmadığı, konuşmasında sürekli zorluğa neden olup olmadığı, mevcut arazların basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte bulunup bulunmadığı" sorulmuştur.

İnceleme sonucunda ATK 5. İhtisas Kurulu'nca, "küçüğün nitrik asit ve/veya koroziv etkileri olan bir maddeye maruz kaldığının kabulü gerektiği, arızasının küçüğün yaşamını tehlikeye sokan bir durum olduğu, basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek nitelikte hafif ölçüde olmadığı"na karar verilmiştir.

Bunun üzerine Eda G'ye "tasarlaraarak, eziyet çektirmek suretiyle küçük yaştaki öz çocuğunu öldürmeye teşebbüs etmek" suçuyla dava açılmış ve akli dengesinin araştırılması için ATK Gözlem İhtisas Dairesi'ne gönderilmiştir.

Olgunun psikometrik incelemesi: Wais testinde Verbal IQ: 94 olarak "Normal Zekâ" sınırları içinde tespit edildi. Tepki içeriğinde muhakeme bozukluğunu düşündüren ifadeye rastlanmadı. Bender-Gestalt testinde organizite yönünde değerlendirilecek veri tespit edilmedi. Rorschach kişilik testinde gerçeği değerlendirme yeteneğinin korunduğu saptandı. MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) testinde bütün değerlerin normal düzeylerde olduğu profil elde edildi. Uygulanan test verilerinin birlikte değerlendirilmesi sonucunda aktif psikotik bir tablo gözlenmediği kanaatine varıldı.

Psikiyatrik muayene ve gözlem: Bilinci açık, yönelimi tam, öz bakımını iyi düzeyde, işbirliği yeterli, yaşında gösteren kişinin psikomotor aktivitesi normaldi. Gözlenen duygulanımı ötimikti, düşünce içeriğiyle uygundu. Reaksiyon süresi yeterli, çağrışımları düzgün, amaca yönelikti, düşünce içeriğinde hezeyan ve varsanı saptanmadı. Dikkati olağan, hesaplaması yeterli, bilişsel işlevleri yeterli, soyutlaması yeterli bulundu. Gözlem süresince vital fonksiyonları

normaldi, herhangi bir psikoaktif madde ve alkol yoksunluk veya entoksikasyon bulgusu saptanmadı. Yatış süresince servis kurallarına uyumlu ve diğer hastalarla ilişkilerde sorun yaşamadığı izlendi.

Eda G, gözlemi esnasında yine çocuğuna toksik madde verdiğini kabul etmemiş, iki çocuğun hastalıkları hakkında bu kadar ayrıntılı bilgiyi nasıl unutmadığı, kronolojik olarak ayrıntılarıyla anlattığı sorusuna "meraktan" diye cevap vermiştir. Yapılan test, inceleme ve gözlemi sonucunda belirgin psikopatolojik bulgu tespit edilmeyerek ceza sorumluluğunun tam olduğuna karar verilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

"Türkiye'nin en ilginç davası" olarak basında yer bulan^{13,14} olgumuzun literatürle her yönüyle örtüşen özellikleri dikkati çekmektedir. MBP olgularında genellikle olduğu gibi^{5,8} küçük kız kardeş suiistimal sonucu kaybedilmiş, büyük erkek çocuğun benzer belirtilerle birkaç ay sonra hastaneye yatırılması üzerine ancak geriye dönük olarak bu durum anlaşılabilmiştir. Yayınlarda, failerin %96 oranında kadın ve neredeyse her zaman anne olduğu belirtilmektedir.^{1,3,4,5,8,11} Yüz on yedi olguyu içeren gözden geçirme yazısında Rosenberg, erkek ve kız çocukların eşit derecede risk altında olduğunu ifade etmektedir. Tanı konan çocukların yaş ortalaması 3.3 yıl ve çocuklarda hastalık oluşturma başlanması, tanıdan ortalama 1 yıl 3 ay öncedir. Yüzde 98'i öz, %2'si üvey olmak üzere, suçluların tümü de annedir.¹ Olgumuz bu yönleriyle literatürle uyumludur.

MBP olgularında genelde baba, eşi itiraf etmezse tanıya inanmak istemez ve anneye oranla pasif konumdadır.¹¹ Olgumuzda da ancak kanıtlar sabit olduktan ve mahkemeye intikal ettikten sonra baba durumu kabullenmiştir. Olay açığa çıkana kadar annenin çocukların rahatsızlıklarıyla canla başla uğraştığını sandığını beyan etmiştir.

Suç işleyen annelerin sağlık bilgisi ve tıp mesleğiyle ilgili deneyimleri

mevcuttur.¹¹ Bizim olgumuzun da çocuklarının hastalıklarını kronolojik sırasına ve tıbbi deyimlerle ilaç adlarına ve uygulanan girişimlere kadar ayrıntılarıyla anlatması ve tıbbi prosedüre hâkim olması dikkat çekicidir. Annenin suiistimali kabul etmeyişi de literatürle uyumludur.^{8,11} Adli Tıp Kurumu'ndaki gözlemi esnasında, kanıtlar ortada olmasına rağmen yine inkâr etmiş, çocuğuna kötü davranmasının söz konusu olmayacağını belirtmiştir.

Annenin başkalarının yanında çocuklarına ilgili, şefkatli ve düşkün olarak görünmesine rağmen, kimse yokken çocuğa ilgisiz kalması veya acımasızca davranması da tipik bir MBP belirtisi^{1,4,5,8,11} olarak ön plana çıkmaktadır. Büyük çocuğun ağlayarak "Ben de kardeşim gibi ölecek miyim?" şeklindeki sorusuna kayıtsız kaldığı görülmüştür. Annenin olmadığı zamanlar (sözgelimi babaannesinin yanındayken) çocuğun şikâyetlerinin yok olması da tanı için tipiktir.⁶⁻⁸

Meadow'un rapor ettiği bazı MBP'li anneler, yaptıklarını itiraf ederek göz önünde olmaya ya da "hasta" bir bebeğin kendilerine sağladığı hekim, ebeveyn ya da eş ilgisini devam ettirmeye yönelik yoğun bir ihtiyaçtan bahsetmişlerdir.⁵ Olgumuz, eşinin mahkemede verdiği ifadesine göre, ortaya çıkardığı hastalık semptomlarıyla ve yalan söyleyerek ilgi çekmeye çalışan kişiliğe sahiptir. Rahatlıkla kendisinde hastalık üretebilmektedir.⁸

Kliniğe yatırılan çocuk hastalar başta olmak üzere her olguda yapay bozukluğun ayırıcı tanıda gözden geçirilmesinde yarar olduğu kanısındayız. Böylelikle erken tanı ile hem çocuklar suiistimalden korunurlar, hem de masraflı, gereksiz ve hattâ zararlı girişimlerden uzak kalmış olur.

Son durum: Olgumuz olan anneye "zehirleyerek küçük çocuğunun ölümüne sebep olmak"tan ve büyüğünü "öldürmeye teşebbüs"ten olmak üzere iki ayrı suçlamayla dava açılmış, birinci davadan 12 yıl ceza almıştır. Diğer dava devam etmektedir. Baba, olgumuzla resmen boşanmış

durumdadır ve cezaevinde ziyarete dahi gitmemektedir.

Çocuk ise şu an baba ve babaanneyle aynı evi paylaşmakta, okula başarılı bir şekilde devam etmektedir. Sağlık durumu iyi olup ruhsal travma açısından İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda ayaktan takibe alınmıştır.

KAYNAKLAR

1. Wang D, Nadiga DN, Jenson JJ. Yapay bozukluk. İçinde: Sadock BJ, Sadock VA, ed.; Aydın H, Bozkurt A, çev. ed. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007: 1829-43.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., DSM-IV, Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Hancı İH, Eşiyok B. Münchausen by Proxy sendromu: vekaleten hastalık. *Güncel Tıp Modern Medicine* 2000; 8: 19-21.
4. Polat O, Dokgöz H. Münchausen sendromu. İçinde: Polat O, ed. *Tüm Boyutlarıyla Çocuk İstismarı 1*. Ankara: Seçkin Yayınları; 2007: 275-90.
5. Awadallah N, Vaughan A, Franco K, et al. Münchausen by Proxy: A case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse & Neglect* 2005; 29: 931-41.
6. Sheridan MS. The deceit continues: an updated literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 431-51.
7. Rosenberg DA. Web of deceit: A literature review of Münchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect* 1987; 11: 547-63.
8. Schreiber H. Münchausen by Proxy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004; 34: 126-43.
9. Bouden A, Krebs MO, Loo H, Olie JP. Münchausen Syndrome by Proxy: A challenge for medicine. *Presse Med* 1996; 25: 567-9.
10. Shaw RJ, Dayal S, Hartman JK, DeMaso DR. Vekaleten yapay bozukluk: Pedyatrik sağlık sorunu kandırmacısı. *Harvard Review of Psychiatry (Türkçe Baskısı)* 2008; 16: 215-24.
11. Goldforb J. A physician's perspective on dealing with cases of Münchausen by Proxy. *Clin Pediatr* 1998; 37: 187-90.
12. Özkan M, Direk N, Çitak A. Münchausen by Proxy sendromu: Bir olgu. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp 2002-2004 Kitabı*. İstanbul; 2005: 645-7.
13. Çintay N. Münchausen sendromu'nun Proxy modeli: Annecim. *Radikal Gazetesi*, 08.04.2005.
14. Acar T. Türkiye'nin en ilginç davası. *Vatan Gazetesi*, 05.04.2005.
15. Meadow R. What is and what is not Münchausen Syndrome by Proxy. *Arch Dis Child* 1994; 70: 534-7.