

EJONS

Uluslararası Matematik, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Dergisi
International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences

Olgu Sunumu

e-ISSN: 2602 - 4136

<https://doi.org/10.5281/zenodo.19356311>

Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk: Psikososyal Stresörler Bağlamında Bir Olgu

İsmail Emre AK ^{*1}, Bahadır GENİŞ ², Narmin ISAYEVA ³, Aila GAREAYAGHI ⁴

¹ Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Kocaeli, Türkiye

² Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Kocaeli, Türkiye

³ Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Kocaeli, Türkiye

⁴ Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Kocaeli, Türkiye

Sorumlu Yazar Email: iemreeak@gmail.com

Makale Tarihi

Geliş: 13.11.2025

Kabul: 02.02.2026

Anahtar Kelimeler

Munchausen by Proxy,
Çocuk İstismarı,
İkincil Kazanç,
Multidisipliner
Yaklaşım

Özet: Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (BYYB), bakım verenin, sorumlu olduğu kişide kasıtlı olarak hastalık belirtileri oluşturduğu veya uydurduğu, çocuk istismarı kapsamında değerlendirilen, psikiyatrik bozukluklardandır. 1977'de, R.Meadow tarafından tanımlanmış, DSM-5'te "bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında özel alt tür olarak sınıflandırılmıştır. BYYB, nadir ancak ciddi sonuçlar doğurabilen çocuk istismarı türüdür. Faillerin semptomları gizlemesi tanıyı zorlaştırmaktadır. Mağdurlar genelde çocuklardır. Failler, mağdurlarda sağlık sorunlarına yol açmakta ve mağdurların yaklaşık %6-9'u yaşamını yitirmektedir. Bu nedenle, erken tanı ve düzenli takip, mağdurun korunması ve tedavi süreci açısından hayati önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda, 18 aylık çocuğunu idrarında kanama şikâyetiyle acil servise getiren; ancak çocuğunun bezine kendi kanını bulaştırdığı gözlemlenerek adli bildirim yapılan ve multidisipliner yaklaşımla BYYB tanısı verilen bir olgu ele alınmaktadır. Aile içi çatışmalar, düşük içgörü ve bilişsel sınırlılıklar bozukluğun gelişiminde belirleyici olmuştur. Aile Mahkemesi tarafından, olgunun velayete uygunluğunun değerlendirilmesi istenmiş; olgunun çocuğu ile yalnız görüşmemesi ve psikiyatrik izlem gerektiği kanaati mahkemeye bildirilmiştir. Ancak izlem boyunca, olgu görüşmelere düzensiz katılım göstermiş; sınırlı içgörü ve dışsal nedenlere yönelik suçlayıcı tutumun devam ettiği gözlenmiştir. Bu durum, düzenlenen raporda tedavi ve takip gerekliliği belirtilmiş olmasına rağmen; adli süreçlerin, hastanın uyumsuzluğu nedeniyle etkin bir şekilde yürütülememesi sorunun ortaya koymuştur.

Factitious Disorder Imposed on Another: A Case Report in the Context of Psychosocial Stressors

Article Info

Received: 13.11.2025

Accepted: 02.02.2026

Keywords

Munchausen by Proxy,
Child Abuse,
Secondary Gain,
Multidisciplinary
Approach

Abstract: Factitious Disorder Imposed on Another (FDIA) is a psychiatric condition classified as a form of child abuse, in which a caregiver intentionally produces or fabricates symptoms of illness in a dependent individual. First described by R. Meadow in 1977, FDIA is classified in the DSM-5 under Somatic Symptom and Related Disorders. Although rare, FDIA can lead to severe medical consequences. The concealment of symptoms by perpetrators complicates diagnosis, and victims are predominantly children. Reported mortality rates range between 6% and 9%, underscoring the importance of early diagnosis and regular follow-up. This case report describes a mother who brought her 18-month-old child to the emergency department with a complaint of hematuria; however, she was observed transferring her own blood onto the child's diaper, resulting in mandatory reporting and a multidisciplinary evaluation that led to an FDIA diagnosis. Intrafamilial conflict, limited insight, and cognitive constraints were identified as contributing factors. Following a Family Court request, the mother's custody suitability was evaluated, and supervised contact along with regular psychiatric follow-up was recommended. Nevertheless, during follow-up, the patient demonstrated irregular attendance, limited insight, and persistent externalization of responsibility, which impeded the effective implementation of clinical and judicial processes.

1. Giriş

Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (BYYB) veya eski adıyla Munchausen by Proxy, bakım verenin sorumlu olduğu kişide kasıtlı olarak hastalık belirtileri oluşturduğu ya da uydurduğu, çocuk istismarı kapsamında değerlendirilen bir psikiyatrik bozukluktur.

“Munchausen” terimi ilk defa 1951 yılında, kişilerin birincil kazanç elde etmek amacıyla, kasıtlı olarak hastalık belirtilerini uydurduğu durumları tanımlamak için kullanılmıştır (Asher, 1951). Terim, hayatı ve askerliği sırasında yaşadığı olayları abartarak anlatan ve sonrasında bu olayların gerçek olmadığı öğrenilen, Baron Münchhausen’a atfedilerek isimlendirilmiştir.

“Munchausen by Proxy” tablosu ise, ilk kez 1977 yılında, Roy Meadow tarafından tanımlanmıştır (Meadow, 1977). Meadow, çalışmasında kendisini değil, çocuklarını hasta olarak gösteren anneleri ele almıştır. Kişilerin kendilerinde değil, bakım verdikleri ve sorumlulukları altında olan kişilerde hastalık belirtileri ortaya koymasını, Munchausen Sendromu ile ilişkilendirmiştir (Rust ve Worrell, 2014).

Munchausen Sendromu veya Munchausen by Proxy tanımlaması, halen yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak terim tarihsel süreçte değişiklikler yaşamış ve günümüzde, “Yapay Bozukluklar” olarak, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabının, 5. Baskısında (DSM-5) “Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar” başlığı altında, özel bir alt tür olarak sınıflandırılmıştır (American Psychiatric Association, 2013). Buna göre yapay bozukluklar, “Kendisine Yüklenen Yapay Bozukluk (KYYB)” ve “Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk (BYYB)” şeklinde iki alt kategoride ele alınmaktadır.

KYYB tanısında, kişilerin psikolojik kazanç elde etme amacı ön plana çıkmaktadır. Hastalığın temel özelliklerine bakıldığında, kişilerin fiziksel veya psikolojik hastalık belirtilerini taklit ettikleri dikkati çeker. Kişiler, bazı durumlarda, kendilerinde doğrudan hastalık veya yaralanma ortaya çıkarabilmektedir (Özdemir, 2020). Hekimi aldatmaya yönelik davranışları belirgindir. Davranışlarının ardında dikkat çekme ve ilgi toplama gibi motivasyonlarının olduğu dikkati çeker. Hastalar, davranışlarını gizleme eğiliminde oldukları için tanı koyulması oldukça zordur.

KYYB tanısının koyulması için DSM-5 içerisinde, aşağıdaki tanı kriterleri önerilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

- A. Yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- B. Kişi, kendisini, başkalarına hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunar.
- C. Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.
- D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

KYYB tanısından şüphelenildiğinde, diğer olası tanılar göz önüne alınmalıdır. Bu noktada, ayrıca tanı yapılırken en çok zorlanılan durumlardan birisi, temaruz olarak dikkat çekmektedir. Temaruz tanımlaması, fiziksel olarak kazanç elde etme amacıyla, kişilerin kendisini hasta olarak göstermesi durumunu tanımlamaktadır. Ayırıcı tanı yapılırken, kişilerin doğrudan kazançlarının değerlendirilmesi (sağlık kurulu raporu alma, maddi kazanç elde etme, askerlikten muaf olma gibi) önemli görünmektedir (Louis ve Kasdan, 2023).

BYYB, bir ebeveynin veya bakım verenin, çoğunlukla hastane ortamında olmak üzere, bakımından sorumlu olduğu çocukta, tekrarlayıcı bir şekilde hastalık belirtileri uydurması veya gerçekten hastalık ortaya çıkarması durumunu ifade eder (Rust ve Worrell, 2014). Günümüzde

bir çocuk istismarı türü olarak kabul edilmektedir (Tiryaki ve ark., 2017). Çocuk istismarı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine veya onuruna fiili veya potansiyel zarar veren her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar ve ihmal davranışları” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization). Çocuktan sorumlu olan ebeveyn veya bakım veren, çocuğun üzerinde fiziksel veya psikolojik zararlar oluşturmakta, çocuğun gereksiz tıbbi işlemlere maruz kalmasına yol açmaktadır.

BYYB tanısının koyulabilmesi için DSM-5 içerisinde, aşağıdaki tanı kriterleri önerilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

A. Bir başkasında yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.

B. Kişi, bir başkasını, diğerlerine hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunar.

C. Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.

D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

BYYB olgularında, failin belirtileri gizleme eğiliminde olması nedeniyle tanı koymak oldukça zordur. Deneyimli klinisyenler için bile atlanabilen bir tanı olması dikkat çekicidir (Yee ve ark., 2024). Tanının konulmasında, klinik gözlemler ve uyarı işaretlerine dikkat edilmesi yol gösterici olmaktadır.

İstismar sonucunda mağdurlarda sağlık sorunları yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalara göre, istismara uğrayan mağdurlarda %6-9 arasında değişen oranlarda ölümler görülmektedir (Rosenberg, 1987; Sheridan, 2003; Yates ve Bass, 2017). Ayrıca, mağdurlar uzun süreli ciddi sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedir (Rosenberg, 1987). Mağdurların yaşadıkları sorunlar göz önüne alındığında tanının hızlı koyulması ve istismarın sonlandırılması hayati önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda, çocuk acil servisinde çalışan tedavi ekibinin, dikkatli gözlemi sayesinde hızlı bir şekilde fark edilmiş bir, BYYB olgusu sunulacaktır. Olgu sunumunun hazırlanma sürecinde, olgunun yazılı ve sözlü olarak onamı alınmıştır.

2. Olgu

30 yaşında, evli, ortaokul mezunu, herhangi bir işte çalışmayan kadın hasta, pediatri hekimleri tarafından psikiyatrik değerlendirme amacıyla yönlendirildi. Olgunun 18 aylık bir kız çocuğunun olduğu, çocuğunu idrarında kanama şikâyeti ile çocuk acil servisine getirdiği öğrenildi. Acil serviste, çocuğa yapılan fizik muayene, kan tetkikleri ve görüntüleme çalışmalarında herhangi bir patoloji saptanmadığı ve gözlem esnasında, olgunun, çocuğunu tuvalete götürdüğü ve bezine kan bulaştırdığının fark edildiği bilgisi edinildi. Acil servis çalışanları, durumu fark eder etmez adli bildirimde bulunarak, çocuğun korunması amacıyla pediatri servisine yatırılmasını sağlamış; annenin ise psikiyatrik değerlendirme yapılmak üzere polikliniğimize yönlendirildiği bilgisi tarafımıza iletilmiştir.

Olgunun psikiyatri polikliniğinde yapılan ilk görüşmesinde, herhangi bir şikayetin olmadığı ifade ettiği; görüşme boyunca savunucu ve öfkeli bir tutumda olduğu gözlenmiştir. Çocuğunun bezinde kan olduğunu, bunun nedenini bilmediğini ve hastanede gereksiz yere uzun süre bekletildiğini belirtmiştir. Sürecin uzaması halinde, çocuğunu zorla taburcu etmek istediğini ifade etmiştir. Bu görüşme sırasında, olgunun, adli bildirim yapıldığından henüz haberinin olmadığı ve psikiyatrik değerlendirme gerekçesini bilmediği anlaşılmıştır. Bu nedenle, olgunun davranışlarını inkâr ettiği ve eylemini gizlemeye çalıştığı düşünülmüştür.

Tarafımızca yapılan ilk görüşmesinin ardından, adli bildirim sonrasında olgunun sosyal hizmet uzmanları ve çocuk ruh sağlığı hekimleri tarafından değerlendirildiği öğrenilmiştir. Bu

değerlendirmeler sırasında olgunun, çocuğun bezine kendi kanını bulaştırdığını kabul ettiği bilgisi edinilmiştir.

Psikiyatri polikliniğinde yapılan ikinci görüşmesinde, olgu eşinin üç ay önce boşanma davası açtığını ve kendisiyle görüşmediğini ifade etmiştir. Bu süreçte eşiyle yeniden iletişim kurabilmek amacıyla çocuğunu hasta gibi göstermeye karar verdiğini belirtmiştir. Bu amaçla, ilk defa çocuğunun bezine parmağını keserek kan bulaştırdığını ve bu şekilde eşine ulaştığını, beraber acil servise gittiklerini ifade etti. Eşi ile sorunlarının çözülmemesi üzerine, ikinci kez daha fazla miktarda kan bulaştırarak acil servisimize başvurduğunu söyledi. Bu görüşmede olgu, eyleminin ortaya çıkmasının kendisinde yoğun kaygı yarattığını; ancak psikiyatrik bir sorunu olmadığını ve psikiyatri takibini sürdürmek istemediğini dile getirmiştir.

İkinci görüşmenin ardından, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), Rorschach ve Kent-Porteus Zekâ Testi olmak üzere psikometrik testler yapılmıştır. MMPI sonuçlarında, savunuculuğun belirgin olduğu ve sorunlarını görmezden gelme eğiliminde davrandığı saptanmıştır. Rorschach değerlendirmesinde, bilişsel kapasitede sınırlılıklar ve sembolizasyon güçlükleri dikkat çekmiş; ruhsal yapılanmanın psikotik bir örüntüyü çağrıştırdığı belirtilmiştir. Kent-Porteus Zekâ Testi sonucu toplam zekâ puanı 68 olarak bulunmuş; ancak klinik görüşmeler ve sosyal işlevsellik birlikte değerlendirildiğinde, olgunun sınır düzeyde zihinsel işlevsellik veya donuk normal zekâ düzeyinde olduğu kanaatine varılmıştır.

Yapılan klinik görüşmelerde olgunun dürtüsellik, kişilerarası ilişkilerde dalgalanmalar, ayrılma kaygısı, bölme temelli savunma mekanizmaları ve kendilik–nesne tasarımlarında bütünleşme güçlüğü gösterdiği değerlendirilmiştir. Psikometrik bulgularla birlikte ele alındığında, bu özelliklerin DSM-5 kapsamında tanı konmuş bir kişilik bozukluğundan ziyade, yapısal/örgütsel düzeyde sınır (borderline) kişilik yapılanmasına işaret ettiği düşünülmüştür. Bu değerlendirme, klinik izlem ve bütüncül ruhsal değerlendirme çerçevesinde ele alınmıştır.

Rorschach testinde psikotik bir örüntüyü çağrıştıran bulguların, olgunun zihinsel kapasitesindeki sınırlılıklar, soyutlama güçlükleri ve test ortamındaki kaygısı ile ilişkili olabileceği; klinik görüşmelerde süreklilik gösteren sanrısız düşünce, dezorganize düşünce süreci, negatif belirtiler veya gerçeklik değerlendirmesinde bozulma saptanmadığı için psikotik bir bozukluk tanısını desteklemediği kanaatine varılmıştır. Psikotik bozukluklarda beklenen içgörü kaybının süreklilik göstermemesi, belirtilerin bağlamdan bağımsız ve sabit bir örüntü oluşturmaması ve klinik izlem boyunca psikotik belirtilerin tutarlı biçimde izlenmemesi nedeniyle, olguda psikotik bir bozukluk tanısı desteklenmemiştir. Bu doğrultuda, projektif testlerde elde edilen psikotik çağrışımların, yapısal/örgütsel düzeydeki kırılganlıklar ve bilişsel sınırlılıklar bağlamında değerlendirilmesi uygun bulunmuştur.

Adli süreç kapsamında, olgunun psikiyatri polikliniğinde yapılan ikinci görüşmesinin ardından, Aile Mahkemesi tarafından olgunun velayete uygunluğunun değerlendirilmesi talep edilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda, olgunun tanısının BYYB olduğu, mevcut durumda gözetim altında kişisel ilişki kurabileceği kanaati getirilerek bir yıl boyunca, ayda bir kez olmak üzere, düzenli poliklinik takibinin gerektiği bildirilmiştir. Mahkeme kararıyla çocuk, koruma amaçlı anneden alınarak babanın yanına yerleştirilmiştir.

Olgu, ilaçsız olarak bireysel psikiyatrik izleme alınmıştır. İzlemin ilk döneminde randevulara düzenli katılım sağladığı; ancak takip eden süreçte görüşmelere düzensiz katılım gösterdiği gözlenmiştir. Görüşmelerde öfke kontrol güçlüğü, dürtüsellik, kişilerarası ilişkilerde dalgalanmalar ve ayrılma kaygısı dikkat çekmiştir. İçgörü düzeyinin sınırlı olduğu ve baş etme becerilerinin gelişime açık olduğu değerlendirilmiştir.

Hastaya destekleyici psikoterapi uygulaması planlanmış; sorunları ile baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi ve yaptığı eylemin sorumluluğuna dair farkındalığın

artırılması hedeflenmiştir. Ancak izlem sürecinde görüşmelere düzensiz katılım devam etmiş; olgu yaptığı davranış nedeniyle pişmanlık ifade etmekle birlikte sorumluluğu ağırlıklı olarak eşine yüklemeyi sürdürmüştür.

3. Tartışma

BYyb, nadir görülen fakat ciddi sonuçlar doğurabilen bir çocuk istismarı türüdür. Mağdurun çoğu zaman istismarın farkında olmaması, failin mağdura karşı ilgili ve koruyucu bir tutum sergilemesi ve sağlık çalışanlarıyla iş birliği içinde görünmesi, BYyb'yi diğer çocuk istismarı türlerinden ayıran ve tanıyı güçleştiren özellikler arasındadır (Bartsch ve ark., 2003). Sunulan olguda da semptomların çocuğun kendisinde değil, bakım veren tarafından uydurulması ve fiziksel olarak oluşturulması, tanı ve müdahale sürecini karmaşık hâle getirmiştir.

Alanyazında BYyb mağdurlarının çoğunlukla çocuklardan oluştuğu, özellikle okul öncesi yaş grubunun risk altında olduğu bildirilmektedir; ancak her yaş grubunda olgu bildirimi mevcuttur (Feldman ve Brown, 2002; Awadallah ve ark., 2005; Burton ve ark., 2015). Mağdurların cinsiyet dağılımına ilişkin bulgular değişken olmakla birlikte, bazı çalışmalarda erkek çocuklarda daha yüksek oranlar bildirilmiştir (Sheridan, 2003).

Fail profiline bakıldığında, failerin büyük çoğunluğunun genç yaşta, kadın cinsiyetinde ve mağdurun annesi rolünde olduğu görülmektedir (Yates ve Bass, 2017; Yee ve ark., 2024). Bu kişilerde depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı, kendine zarar verme davranışı ve kişilik örgütlenmesinde bozulma gibi yüksek oranda psikiyatrik eş tanılar görülmektedir (Bass ve Jones, 2011). Ayrıca düşük sosyoekonomik düzey ve bilişsel sınırlılıkların BYyb olgularında sık rastlanan özellikler olduğu vurgulanmaktadır. Nitekim sunulan olgunun, alanyazınla uyumlu olduğu görülmektedir. Olgu, mağdurun annesidir ve yapılan psikometrik incelemeleri ve klinik görüşmeleri sonucunda, kişiliğinin sınır örgütlenme düzeyinde olduğuna kanaat getirilmiştir. Kent-Porteus Zekâ Testi ve Rorschach Testleriyle elde edilen bulgular, BYyb olgularında sık rastlanan bilişsel ve yapısal yetersizliklerin örneğini sunmaktadır.

BYyb olgularının yaklaşık %40'ında aile içi sorunlar olduğu görülmektedir. Psikososyal stresörlerin, özellikle aile içi çatışmaların ve sosyal destek yoksunluğunun, bu tarz istismarcı davranışları tetikleyebileceği belirtilmektedir. Aile içi sorunların çözümü amacıyla, çocuklarda sağlık sorunları ortaya çıkarılabilmektedir (Tiryaki ve ark., 2017). Sunulan olguda da eşin boşanma davası açması ve iletişimi sonlandırması, annenin çocuğu eşine ulaşmak ve ilişkiyi sürdürmek amacıyla araçsallaştırmasına yol açmıştır. Bu bağlamda çocuğun bezine kan bulaştırılması, yalnızca bir semptom üretme davranışı değil, aynı zamanda ilişkisel bir işlev taşımaktadır.

Mağdurlarda görülen klinik belirtiler genellikle özgül değildir. Kanama, kusma, ishal, ateş, döküntü ve epileptik nöbet benzeri tablolar en sık bildirilen semptomlar arasındadır (Bartsch ve ark., 2003). Bu özgül olmayan belirtiler tanıyı güçleştirmekte ve gereksiz tıbbi girişim riskini artırmaktadır. Tanı koymadaki güçlükler nedeniyle BYyb'nin gerçek sıklığını belirlemek zor olmakla birlikte, 16 yaş altı çocuklarda insidansın 100.000'de yaklaşık 2 olduğu bildirilmiştir (Denny ve ark., 2001).

Tanı koyulabilmesi için yol gösterici olabilecek durumlar vardır. Alanyazın incelendiğinde; sık hastane veya acil servis başvurularının olması, yapılan inceleme ve görüntüleme tetkiklerinde tanı koyduracak patolojik belirtilerin ortaya çıkmaması, hastanın genel görünümü ile uyumsuz klinik belirtilerin olması, belirtilerin bakım verenin gözetimi altında ortaya çıkıyor olması gibi durumların vurgulandığı dikkati çekmektedir (Tiryaki ve ark., 2017; Özdemir, 2020; Yee ve ark., 2024). Sunulan olguda, sık acil servis başvurularının olduğu

ve tıbbi tetkiklerinde veya görüntülemelerinde patolojik bulguların olmayışı dikkati çekmektedir.

Yapılan görüşmelerde, failerin belirtilerini gizleme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Bu nedenle, ruhsal değerlendirme yapılırken olguların kendilerini olduklarından daha iyi gösterme eğiliminde oldukları görülür. Klinik görüşmelerinde ve yapılan psikometrik testlerde savunucu tutumları dikkati çeker (Day ve ark., 2017). Nitekim yapılan MMPI test sonucuna göre, olgunun savunmalarının yükseldiği görülmüştür. Yapılan ilk klinik görüşmesinde ise, olgu oldukça uyumlu bir profil göstermiştir.

BYYB tanısında multidisipliner yaklaşım kritik öneme sahiptir. Pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri ve sosyal hizmet birimlerinin multidisipliner çalışması çocuğun güvenliğinin sağlanmasında belirleyici olmaktadır (Basilicata ve ark., 2025). Sunulan olguda tanı sürecinin başlamasında çocuk acil servisi personelinin dikkatli gözlemi belirleyici olmuş; adli bildirim sonrasında sosyal hizmetler ve çocuk ruh sağlığı birimleri sürece dâhil edilmiştir. Bununla birlikte, BYYB olgularında adli ve klinik süreçlerin eş zamanlı yürütülmesi önemli güçlükler içermektedir. Ruh sağlığı çalışanları çoğu zaman faileri adli bildirim sonrasında değerlendirebilmekte; failin eylemini inkâr etmesi nedeniyle tanı ve tedavi süreci gecikebilmektedir. Bazı durumlarda psikiyatrik değerlendirmenin sürdürülebilmesi için mahkeme kararına ihtiyaç duyulmaktadır (APSAC Taskforce, 2017). Sunulan olgunun yaptığı eylemi kabul etmesi, adli süreç başlatılmasından sonra mümkün olmuştur. BYYB olgularının tedavileri psikoterapiler ve düzenli psikiyatrik izlem üzerine kuruludur. Olguların, önemli bir kısmında, eş tanı olarak kişilik bozukluklarının varlığı ve istismar davranışının inkâr ediliyor olması nedeniyle tedavi başarısı oldukça düşük görünmektedir (Schoenfeld ve ark., 1987; Plassmann, 1994; APSAC Taskforce, 2017). Sunulan olgunun, sınır kişilik örgütlenmesi içerisinde olması ve yaptığı eylemin sorumlusu olarak eşini görüyor olması, tedavi başarısını azaltan unsurlar olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle istismarın sonlandırılması amacıyla, tanı konulduktan sonra çocuğun, istismarcıdan uzaklaştırılması gerekmektedir (Tiryaki ve ark., 2017). Adli bildirim sonrasında, aile mahkemesi tarafından velayet değerlendirmesi yapılması istenmiş; mahkemeye sunulan uzman görüşünde, annenin velayet için uygun olmadığı, ancak gözetimli görüşme kurallarına uyularak kişisel ilişki kurabileceği ifade edilmiştir. Bu noktada, sunulan olgu adli açıdan önemli bir soruna işaret etmektedir: Klinik olarak risk tanımlanmış ve adli merciler bilgilendirilmiş olmasına rağmen, failin tedaviye düzenli katılım göstermemesi durumunda, ruh sağlığı hizmetlerinin müdahale kapasitesi sınırlı kalabilmektedir. Olgunun takip randevularına gelmemesi ilgili mahkemeye bildirilmiş olmakla birlikte, klinik ve adli süreçler arasındaki sınırlar, tedavi uyumsuzluğuna doğrudan müdahaleyi güçleştirmiştir. Bu durum, BYYB olgularında yalnızca tanı koymanın yeterli olmadığını; klinik izlem planlarının uygulanabilirliğini ve sürekliliğini güvence altına alacak adli ve koruyucu mekanizmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Olgu, çocuk koruma sistemleri ile klinik iş birliğinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Tedavi sürecinde, olgunun içgörü düzeyinin düşük olması, uzun süreli izlem ve psikoterapi gereksinimini ortaya koymuştur. Ancak olgunun tedavi sürecine uyum göstermemesi, uzun süreli izlemi mümkün kılmamıştır.

4. Sonuç

Bir Başkasına Yüklenen Yapay Bozukluk, nadir görülen ve yaşamı tehdit eden sonuçlara yol açabilen bir çocuk istismarı türüdür. Tanının koyulması deneyimli hekimler için bile oldukça zordur. Sunulan BYYB olgusu, aile içi çatışmalar, bilişsel sınırlılıklar ve sınır kişilik örgütlenmesi gibi çeşitli psikososyal etkenler bağlamında gelişmiştir. Olgunun tanınmasında, çocuk acil servisinde çalışan personelin dikkatli gözlemi önemli bir rol oynamıştır. Sonrasında yapılan adli bildirimle beraber, çocuk koruma altına alınmış ve anneden uzaklaştırılmıştır. Bu süreçte, pediatri, çocuk ve ergen ruh sağlığı, psikiyatri ve sosyal hizmetler

birimlerinin multidisipliner çalışması, istismarın hızlıca sonlandırılarak çocuğun korunmasını mümkün kılmıştır. Aile mahkemesi tarafından velayet değerlendirmesi yapılması istenmiş, bu bağlamda gözetim altında kişisel ilişki kurabileceği ve olgunun düzenli psikiyatrik takiplere gelmesi gerektiği raporlanmıştır. Ancak olgunun, içgörü kazanımının yetersiz oluşu ve davranışlarının sorumluluğunu başkasına yükleme eğilimi gibi çeşitli nedenlerle takip randevularına düzensiz katılımı, adli süreçlerde ve tedavi planlarının uygulanmasında karşılaşılan güçlükleri ortaya koymaktadır. Sunulan olgu bağlamında, BYYB tanısının konulmasının yeterli olmadığı; tedavi ve izlem önerilerinin uygulanabilirliğini ve sürekliliğini sağlayacak çocuk koruma mekanizmalarına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Sonuç olarak, BYYB olgularında; erken tanı, çocuğun istismarcıdan ayrılarak güvenli ortamda izlenmesi, multidisipliner değerlendirme, mahkemelerle etkin bilgi paylaşımı ve uzun dönemli izlem planlarının gerçekçi biçimde yapılandırılması hem çocuğun üstün yararının korunması hem de tekrar eden istismarın önlenmesi açısından önemlidir.

Yazarların Katkı Beyanı

Yazarlar makaleye eşit katkıda bulunduklarını, makalenin yayına hazır son halini gördüklerini/okuduklarını ve onayladıklarını beyan ederler.

Çıkar Çatışması Beyanı

Tüm yazarlar, bu çalışma için herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- APSAC Taskforce, 2017. Munchausen by Proxy: Clinical and Case Management Guidance. The American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC). <https://www.apsac.org/guidelines>
- Asher, R., 1951. Munchausen's Syndrome. *The Lancet*, 257(6650): 339-341.
- Awadallah, N., Vaughan, A., Franco, K., Munir, F., Sharaby, N., Goldfarb, J., 2005. Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse ve Neglect*, 29(8): 931-941.
- Bartsch, C., Riße, M., Schütz, H., Weigand, N., Weiler, G., 2003. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Science International*, 137(2-3): 147-151.
- Basilicata, P., Simonelli, A., Marisei, M., Silvestre, A., Guadagni, R., Pieri, M., 2025. Drug-perpetrated Munchausen by proxy syndrome: When we dare and why we dare to care. *Legal Medicine*, 76: 102659.
- Bass, C., Jones, D., 2011. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(2): 113-118.
- Burton, M.C., Warren, M.B., Lapid, M.I., Bostwick, J.M., 2015. Munchausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. *Journal Of Hospital Medicine*, 10(1): 32-35.
- Day, L.B., Faust, J., Black, R.A., Day, D.O., ve Alexander, A., 2017. Personality profiles of factitious disorder imposed by mothers: A comparative analysis. *Journal of Child Custody*, 14(2-3): 191-208.
- Denny, S.J., Grant, C.C., ve Pinnock, R., 2001. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal Of Paediatrics And Child Health*, 37(3): 240-243.

- Feldman, M. D., Brown, R.M.A., 2002. Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse ve Neglect*, 26(5): 509-524.
- Louis, D.S., Kasdan, M.L., 2023. Factitious Disorder. Green's Operative Hand Surgery, 8th Edition: 2-Volume Set, 2036-2039.
- Meadow, R., 1977. Munchausen Syndrome By Proxy The Hinterland Of Child Abuse. *The Lancet*, 310(8033): 343-345.
- Özdemir, D.F., 2020. Psychodynamic aspects and clinical approach to the concepts of factitious disorder/factitious disorder imposed on another: A review. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(4): 503-517.
- Plassmann, R., 1994. The biography of the factitious-disorder patient. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62(1-2): 123-128.
- Rosenberg, D.A., 1987. Web of deceit: A literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse and Neglect*, 11(4): 547-563.
- Rust, R.S., Worrell, T.E., 2014. Münchausen by Proxy. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, 171-173.
- Schoenfeld, H., Margolin, J., Baum, S., 1987. Munchausen syndrome as a suicide equivalent: abolition of syndrome by psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4): 604-612.
- Sheridan, M.S., 2003. The deceit continues: An updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse and Neglect*, 27(4): 431-451.
- Tiryaki, Y., Baran, A., ve Gülen, G., 2017. Bir Çocuk İstismarı Türü Olarak "Munchausen by Proxy Sendromu". *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1): 107-124.
- World Health Organization. (t.y.). Child maltreatment. Geliş tarihi 12 Kasım 2025, gönderen <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Yates, G., Bass, C., 2017. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy)—A systematic review of 796 cases.
- Yee, R., Sim, S.Y., Chow, W.H., Rajasegaran, K., Hong, C.H.L., 2024. Munchausen syndrome by pr A narrative review and update for the dentist and other healthcare professionals. *Dental Traumatology*, 40(S2): 23-32.