

Psikolojide olumsuz yanıt yanlılığı, temaruz ve belirti geçerliliği: Türkiye odaklı bir gözden geçirme

Ali Yunus Emre Akca¹ , Alpay Çiller² , Elif Akyüz³ , Mehmet Seyda Tepedelen⁴ 

Anahtar kelimeler

olumsuz yanıt yanlılığı,
temaruz, belirti
geçerliliği,
değerlendirme, gözden
geçirme

Keywords

negative response bias,
malingering, symptom
validity, assessment,
review

Öz

Alanyazın, psikolojik veya nöropsikolojik değerlendirmeler geçiren veya belirli bağlamlarda (örn., adli tıp) bu tür değerlendirmeler için yönlendirilen bireylerin, bildirdikleri sorunlar veya belirtiler konusunda her zaman doğru olmadıklarını göstermektedir. Buna göre; bireyler, özellikle öznel bildirimlerde, birtakım faktörlere dayalı değerlendirmelerin sonuçlarını çarpıtan ve hatta geçersiz kılan bir yanıt tarzı sergileyebilirler. Bu faktörler arasında soruların niteliği, testin bağlamı, kişinin değerlendirme sürecindeki ruh hali ve/veya fayda sağlama güdüsü yer alabilir. Örneğin, *yanıt yanlılığı* olarak tanımlanan ve değerlendirme sonuçlarını çarpıtmaya yönelik olan bir yanıt tarzı, bazı kişilerin bir durumu gerçekte olduğundan daha iyi (*olumlu* yanıt yanlılığı), diğerlerinin ise gerçekte olduğundan daha kötü (*olumsuz* yanıt yanlılığı) olarak sunmasını içerebilir. Bu durum *iç* (örn., psikolojik fayda) ve/veya *dış* (örn., finansal fayda) teşvikler tarafından güdülenebilmektedir. Buradan hareketle, bariz bir dış teşvik doğrultusunda fayda sağlama amacıyla kişinin kendi psikolojik ve/veya fiziksel belirtilerini istemli olarak abartması veya bunları uydurması da bir yanıt tarzıdır ve alanyazında *temaruz* olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, *belirti geçerliliği*, bireyler tarafından sunulan (örn., öz bildirim yoluyla) belirtilerin doğruluğuna atıfta bulunmak için kullanılan bir kavramdır. Yukarıdaki bilgiler ışığında, bu gözden geçirme çalışması, yanıt yanlılığı, temaruz ve belirti geçerliliğine ilişkin uluslararası alanyazının yanı sıra Türkiye’de, Türk toplumuna yönelik veya Türkçe yazılmış çalışmalara dayanmaktadır. Bu kapsamda, DSM’deki (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı) temaruz tanımı, DSM tanımına yönelik eleştiriler, yaygınlık oranları, tespit başarısızlıklarının sonuçları, alternatif tespit sistemleri, belirti geçerliliğinin değerlendirilmesi, önerilen nesnel psikometrik test türleri ve genel olarak güncel bulgular ve gelişmeler gözden geçirilmiştir. Elde edilen bilgiler ışığında önerilerde bulunmaktadır.

Abstract

Negative response bias, malingering, and symptom validity in psychology: A Türkiye focused-review

The literature suggests that individuals undergoing psychological and/or neuropsychological assessments or referred for such assessments in certain contexts (e.g., medicolegal), may not always be honest about their reported problems or symptoms. Accordingly, individuals, particularly in the case of subjective self-reports, may exhibit a response style that biases or even invalidates assessment results based on a number of factors. These factors may include the nature of the questions, the context of the test, the mood of the individual during the assessment process, and/or the motive to obtain a benefit. For example, a response style defined as response bias, which is intended to distort assessment results, may involve some individuals presenting a situation as better than it actually is (positive response bias) and others presenting it as worse than it actually is (negative response bias). There may be internal (e.g., psychological benefit) and/or external (e.g., financial benefit) incentives behind this. Intentionally exaggerating or fabricating one's own psychological and/or physical symptoms in order to gain benefits motivated by an obvious external incentive is also a response style and is defined in the literature as *malingering*. In this context, *symptom validity* is a concept that refers to the accuracy of the symptoms reported by individuals (e.g., through self-report). In light of the above findings, this review is based on the international literature on response bias, malingering, and symptom validity, as well as studies conducted in Türkiye, targeting the Turkish population, or written in Turkish. In this context, the definition of malingering in the DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), criticisms of the DSM definition, prevalence rates, consequences of detection failures, alternative detection systems, symptom validity assessment, recommended objective psychometric test types, and recent findings and developments in general were reviewed. Recommendations are made in light of the findings.

Atıf için: Akca, A. Y. E., Çiller, A., Akyüz, E. ve Tepedelen, M. S. (2025). Psikolojide olumsuz yanıt yanlılığı, temaruz ve belirti geçerliliği: Türkiye odaklı bir gözden geçirme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 9(2), 242-263.

Alpay Çiller · cilleralpay@gmail.com | ¹Uzman Psikolog, Doktorant, Maastricht Üniversitesi, Adli Psikoloji Bölümü, Maastricht, Hollanda; ²Arş. Gör. Dr., Doktorant, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Tokat, Türkiye; ³Uzman Psikolog, Doktorant, İbni Haldun Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye; ⁴Uzman Psikolog, Doktorant, İbni Haldun Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye.

Geliş: 25.05.2023, **Düzeltilme:** 06.10.2023, **Kabul:** 25.01.2024



Yanıt tarzı (response style; Rogers ve Bender, 2018), kişilerin klinik görüşmelerde veya testlerde yer alan sorulara yanıt verme biçimidir. Sağlık profesyonelleri, psikologlar ve değerlendiriciler¹, terapötik sorumlulukların gereği olarak, danışanların bildirdiklerinden (örn., belirtiler) şüphe etmemeleri ve bunları doğru olarak kabul etmeleri konusunda eğitilmektedir (Czornik ve ark., 2021). Ancak, son 20 yılda yapılan çalışmalar ister adli ister klinik bağlamlarda olsun, değerlendirme sürecinde kişilerin *yanıt yanlılığı* (response bias) sergilediğini göstermiştir. Yanıt yanlılığı, özellikle öz bildirimlerde (örn., yapılandırılmış görüşmeler, anketler veya testler), durumun gerçekte olduğundan farklı görünmesine neden olan ve dolayısıyla değerlendirmenin sonucunu çarpıtan bir yanıt tarzıdır (bkz., Furnham, 1986). Alanyazın, kişilerin sergilemiş olduğu yanıt tarzının kişilik özellikleri, ruh sağlığı, test bağlamı, dikkatsiz veya rastgele yanıt verme, izlenim yönetimi, savunmaya geçme ve/veya bir tür fayda sağlama güdüsü gibi faktörlerden etkilenebileceğine işaret etmektedir (Merckelbach ve ark., 2019; Puente-López ve ark., 2022b; Rogers ve Bender, 2018). Bu nedenle, değerlendiricilerin, kişilerin sorunları veya belirtileri bildirirken doğruluğa öncelik ver(e)meye bileceklerini ve dolayısıyla değerlendirme sonuçlarının geçerliliğini zayıflatabilecek yanıt yanlılığı sergileyebileceklerini göz önünde bulundurmaları önemlidir (Bush ve ark., 2005; Sweet ve ark., 2021). Örneğin, bir kişi sağlık veya psikolojik sorunlarını gerçekte olduğundan daha iyi (*olumlu* yanıt yanlılığı) veya daha kötü (*olumsuz* yanıt yanlılığı) göstermek için belirli yanıt tarzı biçimlerine başvurabilir (Akca ve ark., 2020). Bu tür *aldatıcı* yanıt tarzlarında *iç* ve/veya *dış teşvikler* rol oynayabilmektedir. Mesela, bir kişi hasta gibi davranabilir ve hasta olmanın sağlayabileceği ilgiyi kazandıracak (yani, iç teşvik) bir yanıt tarzı sergilerken, başka bir kişi yargılanmaktan kaçınmak için (yani, dış teşvik) psikolojik sağlığının kötü olduğunu gösteren bir yanıt tarzı sergileyebilir (Puente-López ve ark., 2022a). Dış teşviklerin bariz olduğu ve fayda sağlama güdüsü ile hareket edilen istemli olumsuz yanıt yanlılığı, psikiyatri nozolojisinde temaruz (malingering) olarak tanımlanır ve bu gözden geçirmenin ana konularından biri olarak ele alınmaktadır (bkz., American Psychiatric Association [APA], 2022; Amerikan Psikiyatri Birliği [APB], 2014). Bu bağlamda, belirtiler geçerliliği (symptom validity), bireyler tarafından sunulan (örn., öz bildirim yoluyla) belirtilerin doğruluğuna atıfta bulunmak için kullanılan bir kavramdır (bkz., Bush ve ark., 2005).

Belirtilmelidir ki, psikiyatri nozolojisinde tanım olarak temaruzla yakın olan bir başka davranış daha bulunmaktadır: *yapay bozukluk* (APB, 2014; Bass ve Wade, 2019). Bu iki belirtiler sunumuna dayalı davranış,

temaruzun dışsal teşviklerle güdülenmesi, yapay bozuklukların ise içsel teşviklerle güdülenmesi bakımından farklılık gösterir (örn., ilgi görmek için hasta kimliğine bürünme; Merten ve Merckelbach, 2020). Ayrıca, yapay bozukluğun aksine, temaruz bilinçli/istemli olarak sergilenen ve güdüselle bir bileşeni olan davranış olarak tanımlanır ve bu nedenle psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmez; dolayısıyla teşhis edilmez, yalnızca tespit edilir (Jelicic ve ark., 2018). Buna ek olarak, niyetlilik (yani, bilinç ve/veya istem) ve teşviklerin niteliğine dayalı olarak belirtilerin çarpıtılmasıyla karakterize edilen ve temaruzun tespitini güçleştirebilecek başka bozukluklar da bulunmaktadır. Bunlar psikiyatri nozolojisinde bedensel belirtiler bozukluğu ve konversiyon bozukluğu olarak anılır ve niyetlilik ile teşvikler temelinde temaruzdan ayırt edilir (bkz., APB, 2014; Merten ve Merckelbach, 2020). Bu çalışmanın kapsamı dışında olmasına rağmen, okuyucuyu bu bozuklukların tespit ve teşhisinde birbirleriyle karıştırılabileceği konusunda bilgilendirmeyi faydalı bulmaktayız.

Önemli bir başka nokta da teşviklerin mutlak anlamda belirlenmesinin zor olması ve iç ve dış teşviklerin eş zamanlı olarak etkileşime girebilmesidir; dolayısıyla birinin varlığı diğerinin yokluğunun kesin kanıtı olarak kabul edilmemektedir (Merten ve Merckelbach, 2020; van Impelen ve ark., 2017a). Sherman ve arkadaşları (2020) bu duruma örnek olarak, bir kişinin okula gitmemek ve evde kalmak için sarsıntı temaruzunun (malingering of a concussion) onu ödev veya sınava girmekten kurtaracağı gibi (dış teşvik); aynı zamanda sevdiklerinin ilgisini de kazanmayı (iç teşvik) sağlayacağını yazmaktadır. Bu nedenle, Türkçede ‘yalandan yapmak’, ‘numara yapmak’, ‘rol yapmak’, ‘uydurmak’, ‘başka türlü gösterme’ anlamlarını kapsayan ve Rogers ve Bender (2018, s. 6) tarafından “amaçları hakkında herhangi bir varsayım olmaksızın, psikolojik veya fiziksel belirtilerin kasıtlı olarak üretilmesi veya aşırı abartılması” olarak tanımlanan temaruz yerine İngilizce “feigning” terimi önerilmektedir.

Farklı Terimsel Yaklaşımlar

Temaruzla ilişkin alanyazında alternatif terimler kullanılmakta (örn., “feigning”) ve temaruz ile ilgili kavramsal farklılıklar ve belirsizlikler konusu oldukça kapsamlı bir şekilde tartışılmaktadır (bkz., Berry ve Nelson, 2010; Boone, 2007; Merten ve Rogers, 2017; Sweet ve ark., 2021; Young, 2014). Türkçe alanyazında ise temaruz ile eş anlamda ‘*sayrimsama*’, ‘*simülasyon*’, ve ‘*hekimî yanıltıcı davranış*’ terimleri de kullanılmaktadır (APB, 2014; Soysal, 2022). Bizler, Türkçe alanyazının terminolojisi ile tutarlı olması açısından bu çalışmada “temaruz” terimini kullanmayı ter-

¹ Bu derlemede *değerlendiriciler* terimi klinik, adli ve nöropsikiyatrik/psikolojik değerlendirmelerde yer alan uzmanları, adli tıp uzmanlarını, psikiyatristleri, adli psikiyatristleri ve hekimleri kapsamaktadır.

Tablo 1. Terimler ve Tanımları

Terim	İngilizce karşılığı	Tanımı
Temaruz	Malingering	Bariz bir dış teşvik doğrultusunda fayda sağlama amacıyla kişinin kendi psikolojik ve/veya fiziksel belirtilerini istemli olarak abartması veya bunları uydurması.
Yalandan yapma, numara yapma, rol yapma, uydurma, başka türlü gösterme, kandırmaya çalışma	Feigning	Amaçları hakkında herhangi bir varsayım olmaksızın, psikolojik veya fiziksel belirtilerin kasıtlı olarak üretilmesi veya aşırı abartılması.
Yanıt tarzı	Response style	Görüşmelerde ve/veya testlerde yer alan sorulara yanıt verme biçimi.
Yanıt yanlılığı	Response bias	Durumu gerçekte olduğundan farklı gösterecek ve böylece değerlendirmenin sonucunu çarpıtacak şekilde yanıt verme eğilimi.
Olumsuz yanıt yanlılığı	Negative response bias	Bir fayda sağlamak amacıyla kişinin sağlık durumunu gerçekte olduğundan daha kötü olarak bildirme eğilimi.
Olumlu yanıt yanlılığı	Positive response bias	Bir fayda sağlamak amacıyla kişinin sağlık durumunu gerçekte olduğundan daha iyi olarak bildirme eğilimi.
Belirti geçerliliği	Symptom validity	Kişinin davranışsal sunumunun, kendi bildirdiği belirtilerin (yani, öz bildirim) veya psikolojik ve nöropsikolojik ölçümlerdeki performansının doğruluğu.

cih ettik. Ancak, bazı yerlerde “numara yapma”, “taklit etme”, “olumsuz yanıt yanlılığı”, “çarpıtılmış belirti sunumu”, “aşırı bildirim”, “eksik bildirim” gibi temaruz dışında başka ifadeleri de kullandığımız görülecektir. Bu ifadeler, genel olarak (olumsuz) yanıt yanlılığı bağlamında sergilenen yanıt tarzlarına atfen ve burada ele alacağımız çalışmalarda kullanılan terminolojiye mümkün olduğunca sadık kalmak amacıyla birbirlerinin yerine kullanılmıştır. Tablo 1, bu çalışmada sıklıkla kullanılan terimleri, İngilizce karşılıkları ve açıklamalarıyla birlikte sunmaktadır.

Bu Gözden Geçirmenin Amacı

Berry ve Nelson (2010), 1989 ile 2009 yılları arasında temaruz anahtar kelimesini içeren 1200'den fazla makale yazıldığını bildirmektedir. Ayrıca, değerlendirmelerde – özellikle nöropsikolojik – belirti geçerliliğine ilişkin bilimsel bilgi son yıllarda hızla artmıştır. 2023 yılını yarılacağımızı düşünürsek, daha da fazla ivme kazandığını söylemek yanlış olmayacaktır (bkz., Suchy, 2019; Sweet ve Guidotti Breting, 2013). Bu çalışmanın birinci kısmında, temaruzun DSM'deki tanımını, yaygınlığı, olası sonuçları, alanyazındaki farklı tespit sistemleri, belirti geçerliliğinin değerlendirilmesi ve genel olarak temaruz ve (olumsuz) yanıt yanlılıklarının tespitine ilişkin alanyazını ele alıyoruz. İkinci kısımda ise temaruz ve olumsuz yanıt yanlılığının dışavurumu (örn., numara yapma) üzerine Türkiye’de ve Türk toplumuna yönelik olarak yapılmış ve yayımlanmış olan Türkçe araştırmalara dayanarak birinci kısımdaki bazı başlıkları gözden geçirmekteyiz. Özetle bu gözden geçirmedeki amaç, temaruz, olumsuz yanıt yanlılığı ve belirti geçerliliği ile ilgili güncel gelişmeleri aktarmak ve böylelikle Türkçe psikoloji alanyazına katkıda bulunmaktır.

1. Kısım: Yanıt Yanlılığı, Temaruz ve Belirti Geçerliliği: Alanyazın İncelemesi

Psikoloji alanyazınında klasikleşmiş bir çalışmada Rosenhan (1973), kendisini ve sekiz sağlıklı bireyi 12 farklı hastanede “hasta” olarak kabul ettirmiştir. Çalışmanın amacı, alanında uzman olanların (psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, psikologlar, hekimler), Rosenhan’ın tabiri ile, “deli” ve “aklı başında” kişileri ayırt edebilme becerilerini belirlemektir. Rosenhan ve aslında sağlıklı olan diğer “hastalar”, ses duyma belirtilerini taklit ederek yatarak tedavi için hastaneye yatırılmalarını sağladılar, ancak hastaneye yatırıldıktan sonra çalışmanın gerektirdiği gibi ses duyma belirtilerini taklit etmeyi bıraktılar. Hastane personelinin zaman zaman kendilerini nasıl hissettiklerine dair sorularına yanıt olarak iyi olduklarını ve artık sesleri duymadıklarını söylemişler ve hatta, tedavi amaçlı uygulamalara karşı koymayıp verilen ilaçları dahi almışlar ama yutmamışlardır. Ses duyma belirtileri dışında yaşam öykülerini çarpıtmadılar. Sözde hastalar ilk başta gözlemlerini gizlice not alsalar da daha sonra bunu açıkça yapmaya başladılar çünkü hastane personeli davranışlarını umursamıyordu. Böylece, sekiz sağlıklı “hasta” ortalama 19 gün (minimum 9 ve maksimum 52 gün) hastanede yatmış ve taburcu edildiklerinde raporlarında “remisyonda şizofreni” teşhisi yer almaktaydı. İlginç bir şekilde, hastane personelinin aksine, diğer hastalar bu sağlıklı “hastalara” şüphayle yaklaşmış ve onlara sık sık “sen gazetecisin” ve “sen araştırmacısın” gibi aslında doğru olan suçlamalarda bulunmuşlardır. Rosenhan (1973) bu araştırmayla, değerlendirme alanında uzman kişiler tarafından yapılsa bile, numara yapanlar ile yapmayanları ayırt etmenin kolay olmadığını göstermiştir.

Fiziksel veya psikopatolojik problemleri olduğunu

iddia eden kişilerin belirti geçerliliğini ve dolayısıyla doğruluğunu değerlendirmek, değerlendirmeyi yapan kişi kendi alanında uzman olsa bile kolay değildir. Ekman ve O'Sullivan (1991), psikiyatristlerin de dahil olduğu karşılaştırmalı bir çalışmada, katılımcılardan izledikleri kayıtlardaki kişilerin doğru mu yoksa yalan mı söylediklerini belirtmelerini istemiştir. Çalışmanın sonuçları, psikiyatristlerin (ortalama 23 yıllık mesleki deneyime sahip) doğru tespit oranları ile şans (yani %50) arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Aamodt ve Custer (2006) ise, aldatıcı davranışları tespit etmede bireysel farklılıklar üzerine yaptıkları meta-analizde psikologların, aldatıcı davranışları üniversite öğrencilerinden biraz daha iyi (%62'ye karşı %54) ancak öğretmenler (%70) ve suçlulara (%65) göre daha düşük oranda tespit ettiklerini bulmuşlardır. Temaruzun tespitine yönelik 12 araştırmada ise hekimlerin başarı oranının %0 ile %25 arasında olduğu bildirilmektedir (bkz., Rosen ve Phillips, 2004).

Yukarıda belirtildiği gibi, kandırma ve yalanları tespit etmedeki başarı oranları şans düzeyindedir (%50) ve bu durum özünde aldatmaya yönelik davranış sergilemekte olan temaruzda bulunan kişilerin tespitinde de geçerlidir. Bunun nedenlerinden biri, temaruz veya olumsuz yanıt yanlılığı sergileyen kişilerin genellikle belirtileri öznel deneyimlerle ilgili olan ve/veya öz bildirimlere dayanan psikiyatrik rahatsızlıkları seçmeleridir (bkz., Harrison ve Sparks, 2022; Iverson, 2006; Resnick, 2007). Bir diğer neden ise yargılarımızın hataya açık olmasıdır (örn., buluşsal kısayollar ve yanlılıklar [heuristics and biases]; bkz., Tversky ve Kahneman, 1974). Dolayısıyla, öznel yönlemlere dayalı klinik yargılarımız, deneyimlerimizden bağımsız çeşitli bilişsel yanlılıkların etkileşimi nedeniyle temaruz ve olumsuz yanıt yanlılığını tespit etmede yetersiz kalabilmektedir (bkz., Bowes ve ark., 2020). İki ayrı çalışmada, Faust ve arkadaşları, temaruz tespit edilmesi durumunda klinik yargıların doğruluğunun şans seviyesinde (%50) olduğunu ve temaruz olasılığı konusunda değerlendirmeleri uyarmanın yargıların doğruluğu üzerinde çok az etkisi olduğunu bulmuşlardır. (bkz., Faust ve ark., 1988a, 1988b). Bir başka çalışmada, Dandachi-FitzGerald ve ark. (2017) ortalama 10 yıllık deneyime sahip 31 klinik psikoloji ve nöropsikoloji uzmanına anket uygulamış ve uzmanların klinik izlenimleri doğrultusunda tahminleri ile olumsuz yanıt yanlılığı (çalışmada “çarpıtılmış belirti sunumu”) olasılığı hakkında bilgi sağlayan test sonuçları arasında büyük bir tutarsızlık olduğunu tespit etmiştir. Şöyle ki, uzmanlar nöropsikolojik değerlendirme için sevk edilen hastalarla bir görüşme yapmış ve akabinde hastalara ait öykü dosyalarını incelemişlerdir. Daha sonra, klinik yargılarına dayanarak, kaç hastanın görüşmeyi takip eden geçerlilik değerlendirmesinde ‘sorunlu’ bir sunuş sergilediklerini tahmin etmişlerdir. Sonuçlar, uzmanların sorunlu sunuşlara ilişkin tahminlerinin %53.3 oranında, yani şans düzeyinde, doğru olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde Ng ve ark. (2021), erken klinik yargı ile daha sonraki

bir değerlendirme aşamasında testler kullanarak numara yapanların tespiti arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışmanın sonuçları, erken klinik yargının numara yapanları yordamada şans düzeyinden daha iyi olmadığını göstermiştir.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin Temaruz Tanımı

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Beşinci Sürüm (DSM-5) temaruzu, dış teşvikler tarafından güdülenen “istemli olarak, doğru olmayan ya da aşırı abartılı bedensel ya da ruhsal belirtiler çıkarma” olarak tanımlar (APB, 2014, s. 384-385). DSM-5 ayrıca, aşağıdaki belirteçlerin herhangi bir bileşiminin mevcut olması halinde temaruz ihtimalinin göz önünde bulundurulmasını tavsiye etmektedir: (a) adli tıp bağlamı, (b) öznel belirti bildirimlerinin objektif değerlendirmelerle doğrulanamaması, (c) yetersiz iş birliği ve uyum eksikliği (değerlendirme ve/veya tedavi sürecinde) ve/veya (d) antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) tanı kriterlerini karşılama.

Dış teşvikler finansal nitelikte olabileceği gibi, istenmeyen durumlardan kaçınmayı ve hatta adli durumların ötesinde bazı klinik tanılarının istismar edilmesini de içerebilir. Örneğin, maluliyet tazminatı, askerlik hizmetinden kaçınma, 'delilik' iddiasıyla cezai sorumluluktan kaçınma, ilaçlara erişim veya akademik alanda kolaylık (örn., dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu) alanyazında bahsedilen dış teşviklerden bazılarıdır (Merten ve Merckelbach, 2020; ayrıca bakınız Sherman ve ark., 2020).

Rogers ve Bender (2018), temaruz davranışının temelinde yatan sebeplere ilişkin üç açıklayıcı model önermiştir: kriminolojik model, patojenik model ve adaptasyonel model. Kriminolojik model, temaruzun temelde antisosyal bireyler tarafından işlenen antisosyal bir eylem olduğunu varsaymaktadır. İkinci açıklayıcı model, kasıtlı olarak belirti üretme ya da abartma güdüsünün, kişinin temaruzda bulunarak kontrol altına almaya çalıştığı gerçek bir rahatsızlıktan kaynaklandığını varsayar ve patojenik model olarak tanımlanır. Son olarak, kar-zarar analizi olarak nitelendirilen adaptasyonel model, kişinin beklenen faydalar ve arzu edilen sonuçları göz önüne alarak temaruz başvurdugunu varsayar (ayrıca bkz., Rogers ve Cavanaugh, 1983). Araştırmalar, diğer modellerle karşılaştırıldığında, adli bilim uzmanlarının adaptasyonel modelin temaruz davranışının altında yatan nedenleri daha iyi temsil ettiğini düşündüklerini göstermiştir (Rogers ve ark., 1994, 1998; ayrıca bkz., Niesten ve ark., 2015; Young ve ark., 2016).

DSM'nin Tanımına Yönelik Eleştiriler

DSM'nin temaruz tanımı ve tespitine yönelik kriterleri klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmakla birlikte eleştirilere de hedef olmaktadır. Berry ve Nelson (2010), DSM tanımında yer alan teşviklerin kaynağı ile istemlilik ilkesinin belirlenmesindeki güçlüklerle

işaret ederek DSM kriterlerini öznel kararlara dayalı bir temaruzu tespit etme yaklaşımına yol açtığı için eleştirmektedir. Dolayısıyla, DSM kriterlerini muğlak olmakla ve 1980'den bu yana bu konudaki araştırma bulgularını dikkate almayarak, ne tanımı ne de kriterleri değiştirmekle eleştirmektedirler (bkz., Berry ve Nelson, 2010). DSM'nin son sürümünün yayınlamasıyla (DSM-5-TR) tanımın hala 1980'deki hali ile kourdüğünü görmekteyiz (bkz., APA, 2022).

Görünüşteki açıklığına rağmen, araştırmalar DSM kriterleri uygulandığında temaruzun sadece %20'sinin tespit edilebildiğini ve gerçek belirtilerin %10-20'sinin uydurma olarak hatalı sınıflandırıldığını göstermiştir (Rogers, 1990a). Dahası, DSM'nin temaruz tanımını kriminolojik bir varsayımı, yani ASKB'nin temaruzun temel bir faktörü olduğunu ima etmekle ve tanımın uygularken dikkate alınması gereken dört belirteç (temaruzun tanımına ilişkin yukarıdaki bölüme bakınız) bu kriminolojik varsayımın bir yansıması olduğu açısından eleştirilmektedir (Rogers, 1990a; Rogers ve Neumann, 2003). Şöyle ki, dört belirteçten üçü kötülük kavramı altında birleştirilebilir; kötü bir durumda (adli tıp bağlamında) kötü davranan (iş birliği yapmayan ve uyumsuz) kötü bir kişi (ASKB teşhisine uyan; Rogers, 1990a, 1990b). Fakat Niesten ve arkadaşları (2015, s. 40), alanyazının eleştirel bir incelemesinde, ASKB ile temaruz arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmaların karışık sonuçlar bildirdiğini, bu ilişkinin bulgulara dayalı olarak zayıf olduğunu ve "kavramsal sorunlarla boğuştuğunu" göstermiştir. Adli psikiyatri kurumlarında ve cezaevlerinde bulunan erkek suçlular ile yapılan ve ASKB ile temaruz arasındaki ilişkiyi ve dolayısıyla DSM'nin kriminolojik modelini deneysel olarak test eden bir çalışmada, ASKB tanısı alanların (örneğin %83'ü) olumlu veya olumsuz yanıt yanlılığı sergilemediği görülmüştür (Niesten ve ark., 2015; ayrıca bkz., van Impelen, ve ark., 2017b).

Bununla birlikte, DSM'nin temaruz tanımını "ya hep ya hiç" anlayışını yansıtır, yani kişiyi temaruz yapan ya da yapmayan olarak sınıflandırır (Berry ve Nelson, 2010). Ancak araştırmalar, fiziksel ve/veya psikiyatrik belirtilerin temaruzunun sürekli ve boyutsal bir oluşum olduğunu ve DSM'nin kategorik yaklaşımına uymadığını göstermektedir (örn., Walters ve ark., 2008). Buna ek olarak, DSM tanımı yalnızca olumsuz yanıt yanlılığını, yani daha kötü bir fiziksel veya ruhsal sağlık durumu bildirme eğilimini dikkate alsa da fayda sağlamak için daha iyi bir sağlık durumu bildirme eğilimi de temaruz davranışının bir parçası olabilir (yani, olumlu yanıt yanlılığı; Niesten ve ark., 2015). Örneğin, adli psikiyatrik birimlerde gözetim altında tutulan bir kişi, içinde bulunduğu durumdan kurtulmak için belirtilerini inkâr ederek kendini olduğundan daha iyi göstermeye çalışabilir (Cima ve ark., 2003).

Bir diğer önemli nokta ise yaygın olarak kullanılan temaruz tanımının (örn., DSM tanımı) değerlendiricilerin temaruz kavramına ilişkin basit bir anlayış benimsemelerine yol açmasıdır; yani tek temaruz türü-

nün saf temaruz (Pure malingering) olduğu, dolayısıyla farklı dışavurumların göz ardı edilebileceğidir (Iverson, 2006). Buna ilişkin Resnick (1984) temaruzu üç türe ayırmıştır: saf temaruz, parsiyel temaruz (Partial malingering), ve hatalı isnat (False imputation). Dışsal bir teşvik elde etmek için kasıtlı ve bilinçli olarak var olmayan belirtiler ve/veya bozukluklar çıkaran kişiler saf temaruz olarak sınıflandırılır. Bir kişi gerçekte var olan belirtileri bilinçli olarak abartırsa parsiyel temaruz olarak kabul edilir. Örneğin, travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB; bkz., Örselenme sonrası gerginlik bozukluğu; APB, 2014) sadece olaya ilişkin kâbus görme belirtisini yaşarken, farklı amaçlar doğrultusunda kaçınma veya irkilme belirtilerini de çıkarmak/abartma gibi (Wooley ve Rogers, 2015). Bi-reyler hatalı isnat kategorisine ise gerçek belirtileri, belirtilerine gerçekte neden olan sebepten başka bir sebebe atfettiklerinde girerler.

Temaruzun Yaygınlığı

Kaç kişinin sağlık durumuyla ilgili başarılı bir şekilde aldatıcı davrandığını kesin bir şekilde bilmediğimiz için, temaruzun gerçek yaygınlığını tam olarak belirlemek zordur; bu nedenle alanyazında değişken bir yaygınlık oranı bildirilmektedir. Yine de çalışmalar, hem adli bağlamlarda hem de adli bağlamlar dışındaki klinik değerlendirmelerde temaruz (ve genel olarak olumsuz yanıt yanlılığı) yaygınlığının ciddi boyutlarda olabileceğini göstermektedir (Martin ve ark., 2015; Martin ve Schroeder, 2020; Mittenberg ve ark., 2002). Mesela, Rogers ve Bender (2018), 500'den fazla adli tıp uzmanıyla yapılan anketlere dayanarak, temaruz yaygınlığının adli bağlamda %15-17, adli olmayan bağlamda ise %7 olarak tahmin edildiğini ortaya koyan araştırmalara atıfta bulunmaktadır. McWhirter ve arkadaşları (2020), yakın tarihli bir sistematik gözden geçirmede, dış teşviklerin varlığı belli olmayan klinik değerlendirmelerde olumsuz yanıt yanlılığını tespit etmek için kullanılan testlerdeki (ilerleyen bölümlerde ele alınmıştır) başarısızlık oranlarını incelemiştir. Elde ettikleri bulgular, olumsuz yanıt yanlılığının farklı klinik gruplar ve tanımlar (örn., epilepsi, şizofreni, otizm) arasında yaygın olduğunu ve bazıları için %25'i aştığını göstermektedir.

Temaruz alanyazınında yaygınlık oranlarına ilişkin çok sık atıfta bulunulan çalışmalardan bir tanesi (yazım sırasında Google Scholar'a göre 1327 atıf) şüphesiz Mittenberg ve arkadaşlarının (2002) çalışmasıdır. Anket sonucunda 131 uygulayıcı, yıllık yaklaşık 33.000 değerlendirmenin %7 ila %31'inde olası temaruzdan şüphelendiklerini belirtmiştir. Bu oranlar, değerlendirmenin bağlamına bağlı olarak değişmektedir, yani özel hukuk bağlamı (örn., tazminat; ≈ %31), ceza hukuku bağlamı (örn., cezai ehliyet; %11-%21) veya hukuki bağlam ve tazminat dışındaki tıbbi ve psikiyatrik vakalar (%7-%12; Mittenberg ve ark., 2002). Bir başka çalışma, 11 farklı çalışmanın gözden geçirilme-

sine dayanarak, temaruz yaygınlığının %40 olduğunu ve nöropsikoloji bağlamında gerçek ‘sihirli sayının’ %40 ± %10 olduğunu öne sürmektedir (Larrabee, 2003; Larrabee ve ark., 2009). Young (2015b) ise yaygınlık oranlarının klinik boyuta (örn., psikopatolojik, bilişsel, somatik), kullanılan kriterlere, bağlama (örn., adli) ve değerlendirme testlerine göre değiştiğini belirtmekte ve bu nedenle temaruz için genel yaygınlık tahmini olarak %15’lik bir oran önermektedir. Örneğin, 178 nöropsikolog ile yapılan ve adli bağlam dışındaki klinik değerlendirmelerde geçersiz sunumların (örn., temaruz) yaygınlığını belirlemeye yönelik bir anket, tahmini yaygınlık oranının %15 olduğunu ortaya koymuştur (Martin ve Schroeder, 2020). Tahminlerin ötesine geçen bir çalışmada, Dandachi-FitzGerald ve ark. (2011), adli bağlam dışı sevk edilen ve ayaktan tedavi gören 183 psikiyatri hastasına düşük performans ve aşırı belirti bildirimini (symptom over-reporting) değerlendirmek için iki test uygulamıştır. Örneklemenin %34’ü iki testten en az birinde, %8’i ise her ikisinde de başarısız olmuştur. Hall ve Kalus (2021) tarafından, iki farklı tespit kriterin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, iki kriterin ortaya koyduğu yaygınlık oranları arasında %35’e karşı %55 gibi anlamlı bir fark bulunmuştur. Schroeder ve arkadaşları (2022) ise, rutin klinik değerlendirme için sevk edilen 242 kişinin %46’sının sosyal güvenlik maluliyeti kaynaklı dış bir teşvik nedeniyle, geçersiz yanıt geçerliliği (yani, temaruz) sergilediğini tespit etmiştir.

Yukarıdaki verilerin çoğu Amerika Birleşik Devletleri’nden elde edilmiştir. Farklı ülkelerdeki tahmini temaruz veya olumsuz yanıt yanlılığı oranlarına ilişkin çalışmalar incelendiğinde, altı farklı Avrupa ülkesinden (Almanya, Danimarka, Finlandiya, Hollanda, İtalya ve Norveç) 515 katılımcının yer aldığı bir çalışmada, Dandachi-FitzGerald ve arkadaşları (2013), bu ülkelerdeki uzmanların klinik bağlamda %10 ve adli bağlamda ise %15 oranında değerlendirmelerde bir tür yanıt yanlılığının sergilendiğini tahmin ettiklerini bildirmişlerdir. Bu oranların klinik bağlamda sadece %4’ünün, adli bağlamda ise %10’unun temaruz türünde olduğu tahmin edilmektedir. Cartwright ve arkadaşları (2019) tarafından Birleşik Krallık’ta yapılan bir ankette, trafik kazalarını takiben kişisel yaralanma tazminatını değerlendiren uzmanlar, temaruz oranını %9.9 olarak tahmin etmiştir. İspanya’da gerçekleştirilen bir çalışmada çeşitli kurumlarda çalışan hekimlerden oluşan bir örneklemde temaruz tahmini yaygınlığının %50 olduğu bildirilmiş; bir diğer çalışmada ise adli tıp hekimleri ve adli psikoloji uzmanları gerçekleştirilen bir anket sonucunda %20 ile %40 oranında bir tahmini temaruz yaygınlığı belirtmişlerdir (Puente-López ve ark., 2022a; Santamaría Fernández ve ark., 2013).

Yukarıdaki çalışmalar, temaruzun hem adli hem de klinik bağlamlarda oldukça yaygın bir olgu olabileceğini göstermiştir. İlginç bir şekilde, alanyazında bildirilen yaygınlık oranlarına yakın değerler, değerlendirme konusunda uzman olmayan ve bu alanda çalış-

mayan bireyler tarafından da bildirilmektedir. Bir çalışmada, genel toplum, öğrencilere, sigorta hekimliği uzman adaylarına ve psikoterapi uzman adaylarına ($n = 401$) numara yapan birini tanıyıp tanımadıkları sorulmuştur (Dandachi-FitzGerald ve ark., 2020). Katılımcıların %59’u hastalık belirtilerini taklit eden (yani, numara yapan) en az bir kişi tanıdığını bildirmiştir. Hatta katılımcıların %34’ü tanıdıkları kişinin numara yaptığını kesin olarak bildiklerini çünkü kendilerine böyle söylediklerini belirtmiştir. Benzer bir çalışmada, Puente-López ve arkadaşları (2022a) karma bir örneklemde oluşan (yani, genel toplum, öğrenciler ve uzmanlar) 1003 kişiyle anket yapmış ve katılımcıların yaklaşık %62’sinin ($n = 625$) numara yapan veya geçmişte numara yapmış olan en az bir kişiyi tanıdığını bildirmiştir.

Kişilik Özellikleri

Giriş paragrafında da belirtildiği üzere, yanıt yanlılığı ve bunun dışı vurumları (örn., abartma) yalnızca bir fayda sağlama güdüsünden (örn., temaruz veya yapay bozukluk) değil, aynı zamanda başka faktörlerden de kaynaklanabilir. Örneğin, test bağlamı, dikkatsizlik veya değerlendirilen kişinin ruh sağlığı gibi faktörlerin, değerlendirme araçlarına yanlı bir yanıt (örn., belirtilerin abartılması) ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (bkz., Merckelbach ve ark., 2019). Dikkat çeken bir husus da araştırmaların kişilik özellikleri ile yanıt yanlılığı ve ilgili dışavurum (örn., aşırı bildirim) arasında bir ilişki olabileceğini bildirmeleridir. Bu bağlamda, van Helvoort ve arkadaşları (2022), kişilik özellikleri ile aşırı ve/veya eksik bildirim arasındaki ilişkiyi ve bu özelliklerin belirti geçerlilik testleri (symptom validity tests [SVTs]) sonuçları üzerindeki etkilerini değerlendirmek için 1979-2020 yılları arasında yapılan çalışmaları incelemişlerdir. Bulgular, özellikle depresyon ve aleksitiminin (yani, kişinin duygularını tanıma ve tanımlamasında bozukluk) aşırı bildirim ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu gösterirken, öz bildirime dayalı kişilik özellikleri ile aşırı ve/veya eksik bildirim arasındaki ilişkinin genel olarak zayıf ila orta düzeyde olduğunu ve dolayısıyla temaruzda kişilik özelliklerinin etkisinin zayıf olduğunu ortaya koymaktadır (bkz., van Helvoort ve ark., 2022).

Temaruz ve Olası Sonuçlar

Bir kişinin temaruz veya genel olarak olumsuz yanıt yanlılığı sergileyip sergilemediğinin tespit edilememesi zararlı sonuçlar doğurabilir. Örneğin, yakın zamanda yayınlanan bir vaka raporu, bir kişinin temaruz yapıyor olma ihtimalinin göz ardı edilmesinin antipsikotik ilaçlar verilmesi gibi gereksiz ve “zararlı” müdahalelere ve hatta iyatrojenik zarara (yani, tedavinin bir sonucu olarak başka rahatsızlıkların ortaya çıkmasına) yol açabileceğini göstermiştir (van der Heide ve ark., 2020). Öte yandan, gerçek şikayetlerin temaruz olarak etiketlenmesi, kişileri gerekli yardım ve tedaviden

mahrum bırakabilir ve hatta daha ağır cezalara yol açabilir (örn., cezai ehliyet; Knoll ve Resnick, 2006; Soliman ve Resnick, 2010).

Daha da önemlisi, temaruzun tespit edilememesi terapötik başarıyı ve araştırma sonuçlarını da etkilemektedir. Van Egmond ve Kummeling (2002), bir psikiyatri hastanesinde ayakta tedavi gören ve anonim olarak dış teşviklere dayalı beklentileri olduğunu bildiren hastaların (%42.2), dış teşviklere dayalı beklentisi olmayanlara kıyasla terapiden daha az fayda sağladığını ve terapi sonrasında belirtilerinde kısmi veya tam remisyon görülmediğini bildirmiştir. Benzer şekilde, bir takip çalışmasında, van Egmond ve arkadaşları (2005) genel bir hastanenin psikiyatri birimine sevk edilen 99 kişinin %41.4'ünün ($n = 41$) anonim olarak dış teşviklere dayalı beklentileri olduğunu bildirmiştir. Bu iki çalışmanın bulgularına dayanarak araştırmacılar, tedavi amaçlı değil de dış teşviklere dayalı beklentilerle terapiye katılan veya yönlendirilenlerin azımsanmayacak sayıda var olduklarına ve bu durumun terapi sürecini ve terapi protokollerinin etkililiğinin değerlendirilmesini olumsuz yönde etkileyebileceğine dikkat çekmektedirler (bkz., van Egmond ve ark., 2005; van Egmond ve Kummeling, 2002).

Bir başka çalışmada, Rienstra ve arkadaşları (2013) çarpıtılmış belirti sunumlarının (örn., olumsuz yanıt yanlılığı) araştırma bulguları üzerindeki olumsuz etkisini göstermiştir. Araştırmacılar, bir hafıza kliniğindeki hastaların hipokampal hacmi ile hafıza performansı arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Ancak, teorik bilgi ve alanyazın tarafından desteklenen pozitif korelasyonu bulamamışlardır. Kullanılan testler arasında bulunan belirti geçerlilik testleri kullanılarak yanıltıcı davrandıkları tespit edilen hastaların dışlanmasıyla, çalışmanın sonuçları teori ve alanyazın tarafından desteklenen yönde değişmiş ve olumsuz yanıt yanlılığının bilimsel araştırmalar üzerindeki olumsuz etkisinin altı çizilmiştir (bkz., Rienstra ve ark., 2013).

Klinik sonuçların yanı sıra, temaruzun veya olumsuz yanıt yanlılığının tespit edilememesinin mali sonuçları da vardır. 2008 yılında, temaruz kriterlerini karşılayan maluliyet taleplerinde dolandırıcılık maliyetinin Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm federal ve eyalet maluliyet programları için 42.85 milyar ila 55.7 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir (Chafetz, 2011). Bu rakam 2011 yılında sadece iki sosyal güvenlik programı için 20.02 milyar dolar olarak tahmin edilmiştir (Chafetz ve Underhill, 2013). Başka bir açıdan bakıldığında, temaruzu tespit edememek sadece maliyetli olmakla kalmamakta, aynı zamanda hükümetlerin sosyal yardım fonları sınırlı olduğu için gerçekten ihtiyacı olan kişilerin sosyal yardım taleplerini de gasp etmektedir.

Değerlendiricilere geri dönebilecek olumsuz yönler de vardır. Dava edilme olasılığı ve fiziksel şiddete maruz kalma ihtimali, değerlendiricileri temaruzda bulunan bireyleri bildirme konusunda isteksiz hale getirebilir (Knoll ve Resnick, 2006). Örneğin, Parker

(1979) Avustralya'da bir şahsın dört hekimi, şahsın temaruzda bulunduğunu tespit etmelerinin ardından vurduğunu ve bunun iki hekimin ölümüyle sonuçlandığını bildirmiştir.

Alanyazında Farklı Temaruz Tespit Sistemleri

Araştırmacılar ve profesyonel meslek birlikleri, DSM sınıflamasının eksikliklerini gidermek amacıyla alandaki gelişmeleri dikkate alarak, temaruz veya olumsuz yanıt yanlılığının klinik boyutuna özgü (örn., bilişsel, ağrıyla ilgili) farklı tespit sistemleri önermişlerdir. Bu sistemlerden biri Rogers (1990a) tarafından önerilen temaruzla yönelik sınıflandırma sistemidir. Bu sistem, belirti örüntüsünü dikkate alarak (örn., ender belirtiler, bariz, fantastik belirtiler), çeşitli tamamlayıcı araçlarla (örn., standardize edilmiş değerlendirme araçları kullanılarak) belirti geçerliliğinin doğrulanmasını ve bu yanıltıcı davranışın dikkat çekme veya başka bir psikopatolojiden kaynaklanmadığını belirleyerek temaruzu tespit etmeyi önermektedir (Rogers, 1990a). Çok yönlü bir yaklaşıma dayanan sistem, DSM'nin kriminolojik yöneliminden uzaklaşmaya çalışmaktadır. Ancak Rogers (1990a) bu sistemin nöropsikolojik belirtilerden ziyade psikopatolojik belirtilerin geçerliliğini değerlendirmek için kullanılması gerektiğine vurgu yapmaktadır.

Slick ve arkadaşları (1999), nöropsikolojik belirtilerin temaruz edilmiş olma ihtimalini değerlendirmek için Sayırımsanmış Nörobilişsel Bozukluk (Malingered Neurocognitive Dysfunction [MND]) olarak adlandırdıkları sistemi önermişlerdir. Genel hatlarıyla bu sistem, değerlendiricilerin A) dış teşviklere dair güçlü kanıtlar, B) nöropsikolojik testlerden elde edilen kanıtlar (örn., yanıt yanlılığı, test verileri arasındaki tutarsızlıklar, tamamlayıcı ek raporlar), C) öz bildirimden elde edilen kanıtlar ve D) B ve C kriterlerine ilişkin kanıtların diğer faktörlere (örn., yapay bozukluk, sınırda kişilik bozukluğu, gelişimsel faktörler) tam olarak açıklanmadığı durumlarda nöropsikolojik belirtileri temaruz edilmiş olarak değerlendirilmelerini önermektedir. Bu sistem, değerlendirmenin üç kesinlik düzeyi sağlaması hedeflenerek geliştirilmiştir: sırasıyla ihtimal (possible), muhtemel/olası (probable) ve kesin (definite). Şöyle ki, araştırmacılar her bir kriter için, kriterin ne ölçüde mevcut olduğunu değerlendirmek üzere açıklayıcı bilgiler önermektedir. Kriterlerin ve tamamlayıcı bilgilerin bir araya getirilmesi, değerlendiricilerin temaruzun hangi düzeyde varlığını gösterdiğini belirlemelerine olanak tanımaktadır (bkz., Slick ve ark., 1999).

Bianchini ve arkadaşları (2005), MND'den etkilenerek, ağrıya bağlı belirtilerin değerlendirilmesinde üç düzeyde (ihtimal, muhtemel ve kesin) temaruz ayırt eden bir sistem oluşturmuşlardır, yani Temaruz edilmiş Ağrı Bağlantılı Yeti Yitimi sistemi (Malingered Pain-Related Disability [MPRD]). MPRD için önerilen kriterler, MND için önerilen kriterlere çok benzemek-

le birlikte, değerlendiricilerin ağrıya bağlı temaruzu değerlendirirken fizik muayenelerinden elde edilen kanıtları da göz önünde bulundurmaları gerektiğini belirtmektedir.

Young (2015a), yukarıdaki sistemlere dayanarak, TSSB temaruz edilmiş veya olumsuz yanıt yanlılığı sunumlarını tespit etmek için alternatif bir sistem önermiştir. Young (2015a, s. 169) geliştirdiği bu sistemle amacının, hem TSSB'ye özgün bir sistem hem de ağrı ve nörobilişsel sunuşlara dair değerlendirme-lerde kullanmak üzere “küçük değişiklikler kullanılarak genel ve kolay bir şekilde dönüştürülebilir” temaruz tespit sistemi önermek olduğunu belirtmektedir.

Çok Boyutlu Belirti Geçerliliği Değerlendirme Kriterleri

MND'nin geliştiricileri, temaruz alanında 20 yıl süregelen gelişim ve araştırmalardan hareketle sistemi yakın zamanda güncellemiş ve alanyazına nöropsikolojik değerlendirme için çok boyutlu sayımsama kriterleri olarak tanıtmışlardır (Multidimensional Malingering Criteria for Neuropsychological Assessment [MMCNA]; Sherman ve ark., 2020). Önemli bir güncelleme, geliştiricilerin üç farklılaştırma düzeyinden (ihtimal, muhtemel/olası ve kesin) uzaklaşması ve değerlendiricilerin temaruz ciddiyetini ve hangi klinik boyutta (örn., nörobilişsel, somatik, psikopatolojik veya karma) gerçekleştiğini belirlemelerine yardımcı olmak için mevcut/mevcut değil şeklinde ikili bir karar işlemi ve belirli belirteçler eklemesidir. Bu bağlamda yeni sistem, nöropsikolojik klinik boyuta ek olarak diğer boyutları da içerecek şekilde gözden geçirilmiştir.

Sherman ve arkadaşları (2020, s. 5), temaruzu DSM tanımından biraz farklı olarak “maddi kazanç ve hizmet elde etmek veya resmi görev, sorumluluk veya istenmeyen sonuçlardan kaçınmak amacıyla nörobilişsel, somatik veya psikiyatrik semptomların istemli olarak taklit edilmesi veya abartılması” olarak tanımlamaktadır ve MND sistemine (Slick ve ark., 1999) benzer şekilde dört ana kriter doğrultusunda açık ve ikna edici kanıtlara dayanarak tespit olanağı sunmaktadır. Ana kriterler şunlardır; A) dış teşviğin varlığı, B) değerlendirmede taklit veya abartı olduğunu gösteren geçersiz belirti sunumu, C) belirgin tutarsızlıklar (örn., test verileri, belirti sunuşları, ve/veya başka türden kanıtlar arasında) ve D) B kriterini karşılayan davranışların başka bir gelişimsel, tıbbi veya psikiyatrik nedenle tam olarak izah edilememesi. Sherman ve arkadaşları (2020), her bir ana değerlendirme kriterini ayrıntılı olarak tanımlamış ve dikkate alınması gereken noktalar belirlemiştir. Yukarıdaki kriterler karşılandığında ve verilen öneriler takip edildiğinde, dört farklı belirteç temelinde temaruzun klinik boyutunu tanımlamak mümkündür: i) temaruz edilmiş nörobiliş-

sel bozukluklar, ii) temaruz edilmiş somatik belirtiler, iii) temaruz edilmiş psikiyatrik belirtiler veya iv) karma klinik sunum. Kapsamlı bir genel bakış için bakınız Sherman ve arkadaşları (2020).

Temaruz Hakkında Yaygın Olan bir Yanılgı²

Salt Klinik Gözlem ve Görüşmenin Temaruz Tespitinde Etkililiği

Bu makalenin başlarında Rosenhan'ın (1973) çalışmasını özetlemiş ve aslında uydurma ile gerçeği sandığımızdan daha zor ayırt edebildiğimizi ve bunun alan-daki uzmanlar için dahi geçerli olduğunu belirtmiştik. Bir başka çalışmada Hickling ve ark. (2002), altı aktörü TSSB ve majör depresyon (yeğin depresyon bozukluğu; bkz., APB, 2014) taklidi yapmak üzere eğitilmiş ve bir klinikte değerlendirilmek üzere gizlice bir tedavi çalışmasına dahil edilmelerini sağlamıştır. Değerlendiriciler klinik psikoloji alanında deneyimli doktora öğrencileriydi ancak aktörlerin varlığından habersizlerdi. Çalışma, deneyimli uzmanların tedavi çalışmasına dahil edilmek üzere yapılan ilk rutin değerlendirme sırasında altı aktörü tanımlayamadıklarını ortaya koymuştur. Uzmanlar aktörlerden haberdar edildiklerinde ise sadece üçünü (%50) geriye dönük değerlendirmeler sonucu tespit edebilmişlerdir. Bununla birlikte, üç gerçek danışanı da temaruzda bulunan olarak yanlış tanımlamışlardır (yani hatalı pozitifler). Önemli ayrıntı, uzmanlara tüm verilerle birlikte dosyadaki bilgilerin tamamı sunulduğunda, tespit oranının %91'e yükselmiş olmasıdır. Araştırmalar, bu durumun hekimler için de farklı olmadığını göstermektedir.

Temaruzun klinik gözlem ve görüşme yoluyla kolayca tespit edilebileceği yanılgısını besleyen önemli faktörlerden biri, sözel olmayan davranışların temaruzda bulunan kişiyi ele verebileceği düşüncesidir. Örneğin, psikiyatrik bozukluklarda yalan söyleme üzerine yapılan bir gözden geçirmede (Singh ve ark., 2007), yalan söyleyen bireylerin vücut hareketlerinin (örn., vücut parçalarını ovma) bir işaret olabileceği bildirilmiştir. Ne ilginçtir ki, Singh ve arkadaşlarının (2007) çalışmasından dört yıl önce yayınlanan bir meta-analizde, DePaulo ve ark. (2003), davranışlar ve aldatma (yalan söyleme) arasındaki ilişkiyle ilgili olarak 1300'den fazla belirleyiciyi ve 158 işareti incelemiştir. Bu çalışmanın sonucunda, sözel olmayan davranışların yalan tespitinde zayıf yordayıcılar olduğunu bildirmişlerdir (ayrıca bkz., Bond ve DePaulo, 2006). Örneğin, DePaulo ve ark. (2003) göz teması ve huzursuz vücut hareketleri ile yalan söyleme arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır.

Klinik gözlem ve görüşmenin temaruzu tespit etmek için elverişli olduğu yanılgısına kapı aralayan bir diğer faktör de Harrison ve Sparks'a (2022) göre öz

²Bu kısımda Jellicic ve ark. (2018) tarafından kaleme alınmış kitap bölümden faydalanılmıştır.

bildirim nesnel kanıt olarak kabul edilmesi ve belirtilerin ‘taklit edilebileceği’ ihtimalinin göz ardı edilmesidir. Öz bildirimlerin nesnel kanıt teşkil ettiği varsayımı Harrison ve Sparks’a (2022) göre, bunların tanınasal karar verme sürecinde kullanılmasına yol açabilecek bir naiflik dışavurumudur. Dolayısıyla, öz bildirimlerin nesnel kanıtlar olarak görülmesi, örneğin bilişsel performans değerlendirilirken çaba eksikliğinin göz ardı edilmesine veya önemsizleştirilmesine yol açabilir. İşte bu bağlamda Harrison ve Sparks’a (2022) göre öz bildirimler sınırlıdır; yanlı veya yanıltıcı olabilirler. Bu yanlılık ve yanıltıcılık, kişiler bir tanı ya da fayda sağlama arayışı içinde olduklarında daha da fazla belirleyici olmaktadır.

Temaruz konusundaki yanılgılar klinik gözlem ve görüşmenin yetersiz kalması ile sınırlı değildir. İncelemenin kapsamı göz önüne alındığında, hepsi bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Ancak Jelacic ve ark. (2018) ile Rogers ve Bender (2018), temaruz ile ilgili yanılgıları kapsamlı bir şekilde aktarmaktadır ve bu kaynaklar okuyucuya tavsiye edilmektedir. Şunu da belirtmek gerekir ki yukarıdaki çalışmalara, klinik gözlemlerin ve görüşmelerin tek başına temaruzda bulunan kişileri tespit etmek için yeterli olmayabileceğine dikkat çekmek için yer verilmektedir. Yazarlar klinik gözlem ya da görüşmenin önemini küçümsemektedir. Sadece yanılma olasılığına işaret etmektedirler.

Belirti Geçerliliği Değerlendirmesi

Belirti geçerliliği, kişinin davranışsal sunumunun, kendi bildirdiği belirtilerin (yani öz bildirim) veya psikolojik ve nöropsikolojik ölçümlerdeki performansının doğruluğu olarak tanımlanmaktadır (Bush ve ark., 2005). Bu bağlamda alanyazın, değerlendiriciler tarafından belirti geçerliliğini belirlemek için kullanılan tüm yöntem ve prosedürleri, psikometrik bir yaklaşım olarak test kavramından ayırarak genel anlamda değerlendirme olarak ifade etmektedir (Bush ve ark., 2005; ayrıca bkz., Matarazzo, 1990). Ancak, test yaklaşımının da değerlendirme kapsamına dahil edilebileceği unutulmamalıdır (Matarazzo, 1990).

Yukarıda gözden geçirilen alanyazında, kişilerin çeşitli amaçlarla (örn., teşvikler) sunduğu öz bildirim ve psikometrik bilgilerin geçerliliğinin ve doğruluğunun tehdit altında olduğunu gördük. Bu bağlamda, belirti geçerliliği değerlendirmesi, hem kişiyi hem de değerlendirmeyi yapanı etkileyebilecek olumsuz sonuçların ortaya çıkma olasılığını önlemeye ve değerlendirmeden elde edilen bilgilerin doğruluğunu belirlemeye yönelik bir süreç olarak tanımlanabilir; kullanılan materyaller, teknikler, görüşmeler veya testler de bu sürece dahil olabilmektedir (bkz., Bush ve ark., 2005; Giromini ve ark., 2022a). Bu çerçevede, temaruz tespit ve isnat edilmesinin görüşmeler, testler ve destekleyici bilgileri içeren kapsamlı bir değerlendirme ve birden fazla bilgi kaynağına dayanması gerek-

mektedir (American Psychological Association, 2013; Young, 2015a).

Nesnel Psikometrik Kanıtlar ve Testler

Yukarıdaki bölümlerde, öz bildirimlerin ve dolayısıyla gözlem ve görüşmelerin (başka bir deyişle klinik yargıların) temaruzu tespit etmek için yeterli olmaya bileceğinden bahsetmiştik. Ægisdóttir ve ark. (2006, s. 369), 56 yıllık bir süreyi kapsayan çalışmalarda bildirilen klinik yargıların doğruluğu ile istatistiksel (yani, veriye dayalı) yöntemlerin doğruluğu üzerine bir meta-analiz çalışması gerçekleştirmiştir. Klinik yargılara göre istatistiksel yöntemler kullanıldığında doğruluk oranının %13 arttığı bulgusuna dayanarak, özellikle “yargının doğruluğu önemli ve hatalar maliyetli olduğunda” (örn., hatalı pozitifler) istatistiksel yöntemlerin de kullanılmasını tavsiye etmektedirler (ayrıca bkz., Grove ve ark., 2000). Dolayısıyla, değerlendirme doğruluğu hem değerlendirilen kişi hem de değerlendirmeyi yapan kişi için önemli sonuçlar doğurabileceğinden, temaruz veya olumsuz yanıt yanlılığı tespitinde veriye dayalı yöntemlerin kullanılması da önemlidir (bkz., bu çalışmada Temaruz ve Olası Sonuçlar). Burada önemli olan bir diğer nokta da yukarıda bahsedilen tespit sistemlerinin ortak noktası, nesnel psikometrik kanıtlara vurgu yapmasıdır.

Bu kapsamda, değerlendiricilerin sunulan belirti veya bozuklukların geçerliliğini tespit etmede yardımcı olarak kullanabilecekleri araçlar mevcuttur (örn., yapılandırılmış görüşme formları, envanterler ve testler; bkz., Boone, 2007; Young, 2014). Bu araçlar, temaruzu ve daha geniş anlamda yanıt yanlılığı dışavurumlarını tespit etmek için farklı stratejileri kullanmaktadır. Örneğin, bazı envanterler/testler gerçek klinik popülasyonlar tarafından ender olarak bildirilen belirtileri hedeflerken, diğerleri olası olmayan fantastik belirtileri hedeflemektedir (Rogers ve Bender, 2018). Ve yine, bazı tespit stratejileri ruhsal bozukluklara odaklanırken, diğerleri bilişsel yeti yitimini değerlendirmeye odaklanmaktadır (bkz., Rogers ve Bender, 2018).

Temaruz ve genel olarak (olumsuz) yanıt yanlılığı dışavurumlarının tespitine yönelik psikometrik değerlendirme yöntemlerine ilişkin alanyazında iki tür test arasında ayırım yapılmaktadır: belirti geçerlilik testleri (symptom validity tests [SVTs]) ve performans geçerlilik testleri (performans validity tests [PVTs]; bkz., Larrabee, 2012). SVT’ler, kişilerin gerçek bir klinik karşılığı olmayan (örn., fantastik), ender olarak bildirilen veya birlikte görülmesi muhtemel olmayan belirtilerden veya psikolojik sorunlardan ne ölçüde şikayetçi olduklarını değerlendirmek üzere tasarlanmış araçlardır (örn., abartılı bildirim). PVT’ler ise tipik olarak iş birliği, motivasyon veya çaba eksikliğini (örn., düşük performans) tespit etmek üzere tasarlanmış, performans dayalı bilişsel yeti değerlendirme ölçütleridir (bkz., Van Dyke ve ark., 2013). Giromini ve

Tablo 2. Alanda Kullanılan Bazı SVT'ler ve PVT'ler

Kısaltma	İsim	Tür	Format	Kaynak(lar)
TOMM	Test of Memory Malinger	PVT	Bağımsız	Tombaugh (1996)
WMT	Word Memory Test	PVT	Bağımsız	Green (2003)
FIT	Rey-15 Item Test	PVT	Bağımsız	Rey (1958)
RDS	Reliable Digit Span of the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)	PVT	Entegre	Babikian ve ark. (2006); Erdodi ve Abeare (2020)
SIRS; SIRS-2	Structured Interview of Reported Symptoms	SVT	Bağımsız ve yapılandırılmış görüşme	Rogers ve ark. (1992); Rogers ve ark. (2010)
M-FAST	Miller Forensic Assessment of Symptoms Test	SVT	Bağımsız ve yapılandırılmış görüşme	Miller (2001)
SIMS	Structured Inventory of Malingered Symptomatology	SVT	Bağımsız ve öz-bildirim	Smith ve Burger (1997); Widows ve Smith (2005)
SRSI	Self-Report Symptom Inventory	SVT	Bağımsız ve öz-bildirim	Merten ve ark. (2016); Merten ve ark. (2019)
IOP-29	Inventory of Problems-29	SVT	Bağımsız ve öz-bildirim	Viglione ve ark. (2017); Viglione ve Giromini (2020)
MMPI geçerlilik ölçekleri	Minnesota Multiphasic Personality Inventory Validity Scales	SVT	Entegre ve öz bildirim	Ben-Porath ve Tellegen (2008, 2020); Butcher ve ark. (2001); Hathaway ve McKinley (1943)

arkadaşları (2022b) her iki test türünün de belirli kriterleri karşılaması gerektiğini vurgulamaktadır: testler, elde edilen sonuçların karşılaştırılabilmesi için ilgili norm değerlerine sahip olmalı, standardize edilmiş bir şekilde geliştirilmiş olmalı, güvenilirlik ve geçerlilik kriterlerini karşılamalı ve duyarlılık ve özgüllük gibi doğruluk ve kesinlik ile ilgili istatistiksel özelliklere sahip olmalıdır. SVT'ler ve PVT'ler bağımsız testler olabileceği gibi, daha kapsamlı nöropsikolojik bataryalara veya çok ölçekli envanterlere entegre şekilde geliştirilmiş testler de olabilmektedir (Young, 2014). SVT'ler ayrıca öz bildirim veya görüşme formatında geliştirilmiş olmalarına, içeriklerine ve boyut odağına göre de ayırt edilebilirler (örn., psikiyatrik veya bilişsel belirti/sorun odağı; Giromini ve ark., 2022b).

Bu konuya dair bir diğer önemli nokta ise bu iki test türünün 'temaruz testi' olmadıkları gerçeğidir (McCaffrey ve ark., 2021; Sherman ve ark., 2020). Temaruz, yanıt yanlılığının pek çok olası nedenlerinden yalnızca biridir (bkz., Kaufman ve Bush, 2020). SVT'ler ve PVT'ler, kişilerin bildirimlerindeki anormal/olağandışı yanıt örüntülerini tespit etmeye yardımcı olan araçlardır; dolayısıyla bu iki testin sonuçları dış teşviklerin belirgin olmadığı ve çarpıtmaların istemli olarak yapıldığının kesin olmadığı durumlarda ancak sonuçların geçerliliği hakkında bilgi sağlar.

Kullanılan veya kullanılması önerilen psikometrik araçların ayrıntılı bir tartışması bu çalışmanın kapsamı dışında olduğundan, yukarıda belirtilen türlerden bazı örnekler Tablo 2'de sunulmuştur. Bununla birlikte, değerlendiriciler tarafından bildirilen en yaygın kullanılan SVT'ler ve PVT'ler için okuyucu şu kaynaklara yönlendirilmektedir: Dandachi-FitzGerald ve ark. (2013); Martin ve ark. (2015); Neal ve Grisso (2014); Schroeder ve ark. (2016).

2. Kısım: Türkiye ve Türkçe Odaklı Gözden Geçirme

İlk kısımda, olumsuz yanıt yanlılığı, temaruz ve belirti geçerliliği ile ilgili alanyazın gözden geçirilerek alandaki gelişmeler hakkında bilgi verilmiştir. Bu kısımda, yukarıdaki başlıklardan bazıları Türkiye'de, Türk toplumuna yönelik ve /veya Türkçe yayınlanmış alanyazın ışığında gözden geçirilmektedir.

Terimler, Tanımlar ve Tespit Sistemleri

Hakemli yayınların incelenmesi, hemen hemen çoğu çalışmanın "temaruz" terimini kullandığını ve tanım olarak da APB'nin (2014) sağladığı tanıma (yani, DSM tanımına) atıfta bulunduğunu ortaya koymaktadır (Ardıç ve ark., 2019; Atay, 2007; Keyvan ve ark., 2015; Şener ve Ancı, 2013; Türkçüer ve ark., 2010; Yıldız ve Nart, 2017). Bu çalışma kapsamında incelenen Ger ve ark. (2016) ise tercihinin "hekimi yanıltıcı davranış" yönünde kullansa da DSM tanımına yer vermektedir. İki kitap bölümünün incelenmesi yazarları, adli psikoloji ve adli psikiyatri alanlarının farklı terimler tercih ettiği düşüncesine yöneltmiştir. Örneğin, adli (nöro)psikoloji ile ilgili olan kitap bölümünde "temaruz" terimi tercih edilirken, *Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu*'nda "hekimi yanıltıcı davranış" terimi kullanılmaktadır (Soysal, 2022; Yıldırım, 2017). Ancak, her iki kaynak da bu alanda farklı terimlerin kullanıldığını bildirmektedir. İki kitap bölümü tanım tercihi yönünden de farklılık göstermektedir. Yıldırım (2017), adli psikoloji konulu kitapta yer alan bölümünde, dış teşvikler tarafından güdülenen ve istemli olarak değerlendiriciyi aldatmaya yönelik durumun çarpıtılmasını en basit haliyle "hastaymış gibi yapmak" olarak tanımlayacağını belirtmektedir. Diğer yandan DSM'nin (APB, 2014) tanımını da ayrıntılı

olarak ele almaktadır (bkz., s. 173-174). Türk Psikiyatri Derneği (TPD) tarafından yayınlanan kılavuz bölümünde Soysal (2022) ise bu dışavurumu “çıkart amaçlı ve bilinçli bir şekilde hasta olmadığı halde kendisini hasta olarak göstermesi veya var olan hastalık belirtilerini abartmasıdır.” şeklinde tanımlamaktadır (bkz., s. 281). Bununla birlikte Soysal (2022) da DSM tanımına kaleme aldığı bölümde yer vermektedir. İncelenen alanyazın arasında yalnız Yıldırım (2017), DSM kriterlerinin yanı sıra 1. Kısımda da kısaca değindiğimiz tespit sistemleri hakkında bilgi vermektedir [yani, Slick ve arkadaşlarının (1999) Temaruz edilmiş Nörobilişsel Bozukluk sistemi]. Diğer kaynaklarda farklı tespit sistemlerine yer verilmemiştir.

Yaygınlık Oranları

Demirkıran ve arkadaşları (2003), “akıl hastalığı” olduğunu iddia eden ve bu nedenle ceza ehliyeti olup olmadıklarını belirlemek için yatarak gözlem altına alınan kişilerde gerçek akıl hastalığı ile temaruzu ayırt etmek için bazı yöntemlerin etkinliğini incelemiştir. Bulgular, örnekleme temaruz yaygınlığının, akıl hastalığı olduğunu iddia eden 67 kişiden 31’inde bulunduğunu ve bunun da örneklemin %46.27’sini temsil ettiğini göstermiştir. Başka bir çalışmada, tedavi için tutuklu ve hükümlü servisine yatırılan 70 erkekten oluşan bir örnekleme temaruz oranı %44.3 olarak bulunmuştur (Ger ve ark., 2016). Yukarıda bildirilen oranlara yakın olarak, Keyvan ve arkadaşları (2015), adli tedavi gören mahkûm ve tutuklulardan oluşan bir popülasyonda ($n = 97$; %92.78 = erkek), belirti geçerliliğini değerlendirmeye yönelik birden fazla yöntem kullanarak %48.5’inin temaruz sergilediğini tespit ettiklerini bildirmiştir. Temel askeri eğitim merkezlerinde görevli muvazzaf tabip subay ve yedek subay pratisyen hekimler arasında yaptıkları bir anket sonucunda, Kokcu ve Kurt (2017) temaruz yaygınlığının vakalar arasında en az %10 olduğunun (yedek) subaylar tarafından ifade edildiğini bildirmişlerdir.

Nesnel Psikometrik Kanıtlar ve Testler

Yakın tarihli bir çalışmada Ayhan ve Karaman (2021) adli psikolojide ve temaruz dahil bazı değerlendirme alt alanlarında kullanılan değerlendirme araçlarını incelemiştir. Her bir testi ayrı ayrı analiz etmek bu çalışmanın kapsamı dışındadır. Bu nedenle, burada yalnızca yayınlarına erişilebilen çalışmalar ve testler ele alınmıştır.

Brockhaus ve Peker (2003), Berlin’deki bir konferansta sundukları poster bildirisinde, *Word Memory Test* (WMT; Green, 2003) adlı bir PVT’nin Türkçeye uyarlanmasını sunmuştur. Buna göre, Almanya’da yaşayan sağlıklı kişilerden bellek sorunlarını taklit etmeleri istenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, taklit grubundaki tüm kişiler WMT tarafından tespit edilir-

ken, kontrol grubundan sadece bir kişi yanlış bir şekilde taklitçi olarak tanımlanmıştır (yani hatalı pozitif; bkz., Erdodi ve ark., 2019). Ne yazık ki, Türkiye’de WMT kullanımına ilişkin herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bir başka çalışmada Morel ve Marshman (2008), TSSB’nin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere abartılı ve/veya uydurma semptomları gerçek sunumlardan ayırt etmek için geliştirilen *Morel Emotional Numbing Test for Posttraumatic Stress Disorder*’ın (MENT; Morel, 1998) Türkçe’ye uyarlandığını bildirmiştir. Ancak uyarlama çalışmasına ulaşılamamıştır.

Keyvan ve arkadaşları (2015), yapılandırılmış görüşme formatında geliştirilen ve bir SVT olarak sınıflandırılan *Miller Forensic Assessment of Symptoms Testini* (M-FAST; Miller, 2001) Türkçeye uyarlamıştır. Çalışma, tutuklu ve hükümlülerin bulunduğu bir adli psikiyatri kliniğinde gerçekleştirilmiş ve çalışmaya 97 denek katılmıştır. Keyvan ve arkadaşları (2015), M-FAST kullanarak örneklemin %48.5’ini ($n = 47$) temaruzda bulunanlar olarak tespit etmiş ve istatistiksel analizler sonucunda, standart bir kesme puanı (yani, ≥ 6 ; Miller, 2001) uygulandığında testin bu örnekleme %100’lük bir duyarlılığa ulaşacağını bulmuşlardır.

Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada, Ardıç ve arkadaşları (2019), son 20 yıldır dünya çapında hem uygulamada hem de araştırmalarda yaygın olarak kullanılan (bkz., Giromini ve ark., 2022b) *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; Widows ve Smith, 2005) ölçeğini uyarlamıştır. Çalışmaya, Adli Tıp Kurumundaki bir heyet tarafından temaruz olasılığının ilk değerlendirmesine dayalı olarak yargılanma yeterliliği değerlendirmesi yapılan 103 kişi (%91.26 erkek) dahil edilmiştir. Çalışmanın sonuçları, adli hastalara uygulandığında, Türkçe SIMS ölçeğinin güçlü psikometrik niteliklere sahip olduğunu ve yukarıda bahsedilen M-FAST testi ile güçlü bir korelasyon gösterdiğini ortaya koymuştur.

Akca ve arkadaşları (2023), yakın tarihli bir başka çalışmada, bağımsız ve öz bildirime dayalı bir SVT olan *Inventory of Problems–29*’un (IOP–29; Viglione ve ark., 2017; Viglione ve Giromini, 2020) Türk popülasyonundaki ilk geçerlilik sonuçlarını bildirmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, IOP–29, psikiyatrik bozuklukların (şizofreni, depresyon ve TSSB) talimatla taklit edilmesini doğru yanıtlardan (standart talimatlar uyarınca) başarılı bir şekilde ayırt edebilmiştir. İlk geçerlilik sonuçları olumlu olmakla birlikte, çalışmanın araştırmacıları, IOP–29’un geçerliliğinin kriter grupları örneklemini ile test edilmesinin büyük önem taşıdığını belirtmektedirler.

Yıldırım (2017) kaleme aldığı kitap bölümünde “Adli Nöropsikolojide Temaruz Özgü Ölçme Araçları” başlığı altında dört farklı bilişsel yeti yitimi geçerliliğine dayalı performans testini tanıtmaktadır. Ancak bu testlerden sadece biri, Rey 15 Maddelik Bel-

lek Testi (Rey-15 Item Test [FIT]; Rey, 1958), Türkiye’de yapılan bir çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmada Ger ve arkadaşları (2016), hekimi yanıltıcı davranışta bulunanların (yani, temaruz) FIT puanlarının yanıltıcı davranışta bulunmayanlarla göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bir başka kitap bölümünde Soysal (2022), “Ayrıcı Tanıda Testler” başlığı altında, aldatmayı tespit etmek için kullanılan çeşitli psikolojik testlerden kısaca bahsetmektedir. Burada özellikle *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri* (Minnesota Multiphasic Personality Inventory [MMPI]; Hathaway ve McKinley, 1943; Savaşır, 1978) ve geçerlilik alt ölçeklerinin aldatıcı davranışları (örn., temaruz) tespit etmede etkili olduğu vurgulanmaktadır. Soysal’ın (2022) aktardığı ve Türkiye’de gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada, MMPI’nin geçerlilik alt ölçeklerinin aldatıcı davranışların %70’ini tespit ederek diğer testlerden (örn., zekâ testleri) daha başarılı olduğu bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışma, hem Türkiye’de hem de diğer ülkelerde temaruz kavramına ilişkin yapılmış olan araştırmaları karşılaştıran ilk Türkçe gözden geçirmedir. Gözden geçirilen alanyazına göre, temaruz, dış teşvikler doğrultusunda güdülenen ve değerlendiriciyi istemli olarak aldatmak ve böylece bir fayda sağlamak için değerlendirme sonuçlarını çarpıtmak amacıyla sergilenen bir davranıştır. Ancak, aynı alanyazın bu davranışın (örn., abartılı belirti sunumu) çeşitli faktörlerin (örn., test bağlamı, ruh hali, savunmacılık, kişilik özellikleri) ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların (örn., yapay bozukluk) etkisi altında da ortaya çıkabileceğini, dolayısıyla güdüleyici unsurların (yani teşviklerin) niteliğinin her zaman kesin olarak belirlenemeyeceğini bildirmektedir. Adli bağlamların genellikle ciddi istenmeyen sonuçlara (örn., cezai kovuşturma) sebebiyet riski vardır. Bu nedenle dış teşvikler (örn., cezai kovuşturmadan kaçınma) güçlü güdüleyicilerdir. Her ne kadar yaygın olarak kullanılan DSM başvuru kılavuzunda adli bağlamlarda temaruzun olasılığından bahsedilse de, dış teşvikler adli olmayan bağlamlarda da (örn., klinik veya sosyal yardım bağlamları) gözlemlenmiştir ve daha hafif istenmeyen bir durumdan kaçınmayı içerebilir (örn., okulu asmak için doktor raporu almak). Dolayısıyla, dış teşviklerin varlığının ve niyetlilik ilkesinin (başka bir deyişle istemlilik) kesin olmadığı durumlarda yanıt yanlılığından bahsetmek daha doğrudur. Bu durumu, kişinin kendisini olduğundan daha kötü bir durumda göstermeyi amaçladığında olumsuz yanıt yanlılığı, olduğundan daha iyi bir durumda göstermeyi amaçladığında ise olumlu yanıt yanlılığı olarak tanımlamak isabetli olacaktır. Buradan hareketle, alanyazındaki gelişmeler ve akademik mutabakat bildirimleri, özellikle ciddi sonuçlar doğurabilecek nöropsikolojik ve/veya adli değerlendirmelerde psikolojik sunuşların geçerliliğinin değerlendirilmesini ve bağlamdan bağımsız olarak (örn., klinik veya

adli) temaruz veya (olumsuz) yanıt yanlılığı olasılığının göz önünde bulundurulmasını önermekte ve çoklu kaynaklardan bilgi edinmenin yanı sıra profesyonel klinik yargıların objektif psikometrik geçerlilik değerlendirmesiyle desteklenmesini kuvvetle vurgulamaktadır (Bush ve ark., 2014; Sherman ve ark., 2020; Sweet ve ark., 2021).

Türkiye ile ilgili alanyazındaki gözlemlediğimiz önemli bir husus, değerlendiricilerin “deneyim” ve “uzmanlığına” yapılan vurgudur. Örneğin Şener ve Ancı (2013), hekimin deneyiminin temaruz şüphesinde merkezi bir rol oynadığını açıkça belirtmektedir. Ancak, deneyim ile tam olarak neyin kastedildiği açık değildir. Görüşme deneyimine mi, test yorumlama deneyimine mi, çalışma yıllarıyla ifade edilen deneyime mi, olgusal bilgi açısından deneyime mi atıfta bulunmaktadır? Aynı düşünce Yıldırım (2017) ve Soysal’ın (2022) çalışmalarında da benzer şekilde vurgulanmaktadır. Thomas ve Lawrence (2018), farklı alanlardaki uzmanlık düzeyiyle ilgili göreve ilişkin özellikleri inceledikleri çalışmalarında, yukarıdaki sayılan unsurların hiçbirinin tek başına bir uzmanlık göstergesi olmadığına dikkat çekmiştir. Bu çalışmada incelenen alanyazın, en deneyimli değerlendiricilerin bile temaruzu ve yanıt yanlılığını tespit etmede yanılabilirliğini göstermiştir (bkz., Dandachi-FitzGerald ve ark., 2017; Ng ve ark., 2021). Örneğin, Stevens (2022) tarafından yakın zamanda gerçekleştirilen bir çalışmada, öz bildirim, psikiyatrik değerlendirme ve yanıt yanlılığı testlerini (SVT ve PVT) içeren bir adli değerlendirmeden sonra, klinisyenlerin başlangıçta majör depresyon tanısı koyduğu vakaların yalnızca %31’inin (toplam $n = 127$) öz bildirimde dayalı DSM tanı kriterlerini karşıladığı, psikiyatrik değerlendirmenin sonuçlarına göre ise karşılamadığı bildirilmiştir. Bu bulgulara dayanarak Stevens (2022), klinisyenlerin kısmen kriterlerin yanlış değerlendirilmesi ve yanıt yanlılığının değerlendirilmemesi nedeniyle depresyonu sıklıkla yanlış teşhis ettiği sonucuna varmıştır. Buna ek olarak, Thomas ve Lawrence (2018) yetersiz tanımlanmış “altın standartlar” ve karar verme kriterlerinin yanı sıra isabetli karar yardımcılara (örn., testler) erişimin profesyonel performanstaki farklılığı açıklayabileceğini öne sürmektedir. Temaruz özelinde, incelenen alanyazın, DSM kriterlerinin hem uluslararası alanda hem de Türkiye’de yaygın olarak kullanıldığını göstermektedir. Ancak aynı alanyazın DSM kriterlerinin “altın standart” olmaktan uzak olduğunu da göstermektedir. Örneğin, temaruz sadece adli bağlamda belirgin değildir ve ASKB’nin bir ölçüt olarak kullanılması tartışmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Tüm bunlar göz önüne alındığında, temaruz ve yanıt yanlılığını tespit etmede iyi araştırılmış bilimsel temele dayalı sistemlerin kullanılması tavsiye edilmektedir (örn., Sherman ve ark., 2020). Buna ek olarak, belirti geçerlilik değerlendirme araçları (SVT’ler ve

PVT'ler) Giromini ve arkadaşları (2022b) tarafından önerilen gereklilikleri karşılayacak şekilde, Türk nüfusunun özelliklerine odaklanarak geliştirilmelidir; asgari olarak, mevcut, iyi tasarlanmış ölçütler uyarlanmalıdır. Mevcut durumu tespit etmenin etkili politikalar geliştirmek için değerli olduğu inancından hareketle, temaruz ve genel olarak yanıt yanlılığını tespit etme konusundaki inançları ve uygulamaları hakkında değerlendirmeler ile ülke çapında bir anket yapılması gerektiğine inanmaktayız.

Bu çalışmanın ele alınması gereken bir sınırlılığı şüphesiz yayın yanlılığıdır. Çalışma için yalnızca erişebildiğimiz, yayınlanmış makaleler kullanılmıştır. Tezler gibi gri alanyazın dahil edilmemiştir. Bu nedenle, özellikle Türkiye'deki uygulama durumuna ilişkin değerli bulguların gözden kaçmış olması muhtemeldir. Dolayısıyla bu çalışmayı sistematik bir incelemenin takip etmesi faydalı olacaktır.

Bu sınırlılığın yanı sıra çalışmanın en güçlü yönü, Türkiye'de yapılmış ve (olumsuz) yanıt yanlılığı ile temaruzu konu edinen Türkçe çalışmaları inceleyen ilk Türkçe derleme olmasıdır. Her ne kadar Türkçe alanyazında temaruzu araştıran tekil araştırmalar mevcut olsa da alanyazındaki çalışmaların çoğunun incelendiği ve derlendiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda, mevcut çalışma, temaruzla ilişkin Türkçe alanyazının kapsamlı bir derlemesi olup, bu derlemenin özellikle Türkiye'de temaruzla ilişkin çalışma yapmak isteyen araştırmacıların faydalanabileceği bir kaynak olması beklenmektedir.

BEYANLAR

Etik Kurul Onayı Etik izin gerektirmeyen, sistematik derleme çalışmasıdır.

Çıkar Çatışması Beyanı Bu makalenin tüm yazarları, makaleye ilişkin herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Onam Formu Araştırma türüne uygun değildir.

Proje/Ödenek Bilgisi Bu çalışma herhangi bir proje kapsamında gerçekleştirilmemiş ve herhangi bir fon veya ödenek kullanılmamıştır.

Data Paylaşımı/Uygunluğu Çalışma kapsamında katılımcılardan elde edilen herhangi bir veri yoktur.

Yazar(lar)ın Katkısı [AYEA ve AÇ], sistematik derleme sürecini (makale tarama, seçme ve eleme) yürüterek verileri topladı; bulguları sentezleyip yorumladı; makalenin ilk taslağını, giriş, yöntem ve sonuç bölümleri dâhil olmak üzere yazdı. [EA ve MST], derleme süreci boyunca yöntemsel rehberlik sağladı; özellikle giriş ve tartışma bölümlerinin geliştirilmesi olmak üzere metni gözden geçirdi ve düzenlemeler yaptı. Tüm yazarlar makalenin son halini gözden geçirdi ve onayladı.

KAYNAKLAR

Aamodt, M. G. ve Custer, H. (2006). Who can best catch a liar?: A meta-analysis of individual differences in detecting deception. *The Forensic Examiner*, 15(1), 6-11.

- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G. ve Rush, J. D. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382.
- Akca, A. Y. E., Tepedelen, M. S., Uysal, B. ve Erdodi, L. A. (2023). The inventory of problems-29 is a cross-culturally valid symptom validity test: Initial validation in a Turkish community sample. *Psychological Injury and Law*, 16(3), 289-301.
- Akca, Y. E. A., Sliotmaekers, L. ve Boskovic, I. (2020). Verifiability and symptom endorsement in genuine, exaggerated, and malingered pain. *Psychological Injury and Law*, 13(3), 235-245.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th, text revision ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2013). Specialty guidelines for forensic psychology. *The American Psychologist*, 68(1), 7-19.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği.
- Ardıç, F. C., Köse, S., Solmaz, M., Kulacaoğlu, F. ve Balcıoğlu, Y. H. (2019). Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (Turkish SIMS). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(2), 182-188.
- Atay, S. (2007). İş yaşamında temaruz olgusu (malingering). *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(2), 1-10.
- Ayhan, H. ve Karaman, H. (2021). Adli psikolojik değerlendirmenin temel ilkeleri: Destekleyici bir unsur olarak psikolojik testler. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 36-47.
- Babikian, T., Boone, K. B., Lu, P. ve Arnold, G. (2006). Sensitivity and specificity of various digit span scores in the detection of suspect effort. *The Clinical Neuropsychologist*, 20(1), 145-159.
- Bass, C. ve Wade, D. T. (2019). Malingering and factitious disorder. *Practical Neurology*, 19(2), 96-105.
- Ben-Porath, Y. S. ve Tellegen, A. (2008). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form: Manual for administration, scoring and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S. ve Tellegen, A. (2020). *MMPI-3 Manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press.
- Berry, D. T. R. ve Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and malingering: A modest proposal. *Psychological Injury and Law*, 3(4), 295-303.
- Bianchini, K. J., Greve, K. W. ve Glynn, G. (2005). On the diagnosis of malingered pain-related disability: Lessons from cognitive malingering research. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*, 15(4), 404-417.
- Bond, C. F. ve DePaulo, B. M. (2006). Accuracy of deception judgments. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 214-234.
- Boone, K. B. (Ed.). (2007). *Assessment of feigned cognitive*

- impairment: A neuropsychological perspective. The Guilford Press.
- Bowes, S. M., Ammirati, R. J., Costello, T. H., Basterfield, C. ve Lilienfeld, S. O. (2020). Cognitive biases, heuristics, and logical fallacies in clinical practice: A brief field guide for practicing clinicians and supervisors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 51, 435-445.
- Brockhaus, R. ve Peker, Ö. (2003, Temmuz 16-20). *Testing effort in Turkish-speaking subjects: Validation of a translation of the Word Memory Test (WMT)*. Twenty-Sixth Annual International Neuropsychological Society Mid-Year Conference, Berlin, Almanya.
- Bush, S. S., Heilbrunner, R. L. ve Ruff, R. M. (2014). Psychological assessment of symptom and performance validity, response bias, and malingering: Official position of the association for scientific advancement in psychological injury and law. *Psychological Injury and Law*, 7(3), 197-205.
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Troster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R. ve Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity NAN policy & planning committee. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 20(4), 419-426.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. ve Kaemmer, G. (2001). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring* (2. baskı). University of Minnesota Press.
- Cartwright, A., Roach, J. ve Armitage, R. (2019). Mission impossible? Assessing the veracity of a mental health problem as result of a road traffic accident: A preliminary review of UK experts' practices. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(1), 89-111.
- Chafetz, M. D. (2011). The psychological consultative examination for social security disability. *Psychological Injury and Law*, 4(3), 235-244.
- Chafetz, M. ve Underhill, J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(7), 633-639.
- Cima, M., Merckelbach, H., Hollnack, S., Butt, C., Kremer, K., Schellbach-Matties, R. ve Muris, P. (2003). The other side of malingering: supernormality. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(2), 235-243.
- Czornik, M., Merten, T. ve Lehrner, J. (2021). Symptom and performance validation in patients with subjective cognitive decline and mild cognitive impairment. *Applied Neuropsychology: Adult*, 28(3), 269-281.
- Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H., Bošković, I. ve Jelacic, M. (2020). do you know people who feign? Proxy respondents about feigned symptoms. *Psychological Injury and Law*, 13(3), 225-234.
- Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H. ve Ponds, R. W. H. M. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 39(3), 257-264.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. H. M., Peters, M. J. V. ve Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 25(5), 812-828.
- Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R. W. ve Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 28(8), 771-783.
- Demirkıran, S., Yaman, M. ve Uygur, N. (2003). Ceza ehliyeti değerlendirmelerinde yapılandırılmış görüşme yöntemlerinin klinik karara etkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 16(3), 139-143.
- DePaulo, B. M., Lindsay, J. J., Malone, B. E., Muhlenbruck, L., Charlton, K. ve Cooper, H. (2003). Cues to deception. *Psychological Bulletin*, 129(1), 74-118.
- Ekman, P. ve O'Sullivan, M. (1991). Who can catch a liar? *American Psychologist*, 46(9), 913-920.
- Erdodi, L. A. ve Abeare, C. A. (2020). Stronger together: the Wechsler adult intelligence scale—fourth edition as a multivariate performance validity test in patients with traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(2), 188-204.
- Erdodi, L. A., Green, P., Sirianni, C. D. ve Abeare, C. A. (2019). The myth of high false-positive rates on the word memory test in mild TBI. *Psychological Injury and Law*, 12(2), 155-169.
- Faust, D., Hart, K., Guilmette, T. J. ve Arkes, H. R. (1988a). Neuropsychologists' capacity to detect adolescent malingerers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(5), 508-515.
- Faust, D., Hart, K. ve Guilmette, T. J. (1988b). Pediatric malingering: The capacity of children to fake believable deficits on neuropsychological testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 578-582.
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, 7(3), 385-400.
- Ger, M. C., Ljohiy, N. D., Öncü, F., Keyvan, A., Özgen, G. ve Türkcan, A. (2016). Tedaviye gönderilmiş tutuklu ve hükümlü erkek olgularda hekimi yanıltıcı davranışın klinik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 235-243.
- Giromini, L., Pasqualini, S., Corgiat Loia, A., Pignolo, C., Di Girolamo, M. ve Zennaro, A. (2022a). A survey of practices and beliefs of Italian psychologists regarding malingering and symptom validity assessment. *Psychological Injury and Law*, 15, 128-140.
- Giromini, L., Young, G. ve Sellbom, M. (2022b). Assessing negative response bias using self-report measures: New articles, new issues. *Psychological Injury and Law*, 15(1), 1-21.
- Green, P. (2003). *Word memory test for windows: User's manual and program*. Author.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E. ve Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Hall, V. L. ve Kalus, A.-M. (2021). A comparative analysis of the base rate of malingering using Slick et al. (1999) and Sherman et al. (2020) multidimensional criteria for malingering in a UK litigant population. *Psychological Injury and Law*, 15, 141-150.
- Harrison, A. G. ve Sparks, R. (2022). Disability diagnoses: Seven sins of clinicians. *Psychological Injury and Law*, 15(3), 268-286.
- Hathaway, S. R. ve McKinley, J. C. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (Rev. ed.). University of Minnesota Press.
- Hickling, E. J., Blanchard, E. B., Mundy, E. ve Galovski, T. E. (2002). Detection of malingered mva related posttrau-

- matic stress disorder. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2(1), 33-53.
- Iverson, G. L. (2006). Ethical issues associated with the assessment of exaggeration, poor effort, and malingering. *Applied Neuropsychology*, 13(2), 77-90.
- Jelicic, M., Merckelbach, H. ve Bošković, I. (2018). Seven myths about feigning. H. Otgaar ve M. L. Howe (Ed.), *Finding the truth in the courtroom: Dealing with deception, lies, and memories* (s. 227-242) içinde. Oxford University Press.
- Kaufman, N. K. ve Bush, S. S. (2020). Validity assessment in military psychology. U. Kumar (Ed.), *The Routledge international handbook of military psychology and mental health* (1. baskı, s. 211-223) içinde. Routledge.
- Keyvan, A., Ger, M. C., Ertürk, S. G. ve Türkcan, A. (2015). Miller-Belirtilerin Adli Değerlendirme Ölçeği (m-fast) Türkçe formu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52(3), 296-302.
- Knoll, J. ve Resnick, P. J. (2006). The detection of malingered post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29(3), 629-647.
- Kokcu, A. T. ve Kurt, E. (2017). General practitioners' approach to malingering in basic military training centres. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 163(2), 119-123.
- Larrabee, G. J. (2003). Detection of malingering using atypical performance patterns on standard neuropsychological tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(3), 410-425.
- Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(4), 625-630.
- Larrabee, G. J., Millis, S. R. ve Meyers, J. E. (2009). 40 plus or minus 10, a new magical number: Reply to Russell. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(5), 841-849.
- Martin, P. K., Schroeder, R. W. ve Odland, A. P. (2015). Neuropsychologists' validity testing beliefs and practices: A survey of North American professionals. *The Clinical Neuropsychologist*, 29(6), 741-776.
- Martin, P. K. ve Schroeder, R. W. (2020). Base rates of invalid test performance across clinical non-forensic contexts and settings. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 717-725.
- Matarazzo, J. D. (1990). Psychological assessment versus psychological testing: Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom. *American Psychologist*, 45(9), 999-1017.
- McCaffrey, R. J., Mian, M. N., Clegg, R. A. ve Lynch, J. K. (2021). Explaining performance and symptom validity testing to the trier of fact. J. A. M. Horton ve C. R. Reynolds (Ed.), *Detection of malingering during head injury litigation* (s. 337-351) içinde. Springer International Publishing.
- McWhirter, L., Ritchie, C. W., Stone, J. ve Carson, A. (2020). Performance validity test failure in clinical populations—a systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(9), 945-952.
- Merckelbach, H., Dandachi-FitzGerald, B., van Helvoort, D., Jelicic, M. ve Otgaar, H. (2019). When patients overreport symptoms: More than just malingering. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 321-326.
- Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H. ve Stevens, A. (2019). *Self-Report Symptom Inventory (SRSI) – Deutsche Version. Manual* [German version of the Self-Report Symptom Inventory. Manual]. Hogrefe.
- Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P. ve Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, 9(2), 102-111.
- Merten, T. ve Merckelbach, H. (2020). Factitious disorder and malingering. J. R. Geddes, N. C. Andreasen ve G. M. Goodwin (Ed.), *New Oxford textbook of psychiatry* (3. baskı, s. 1342-1349). Oxford University Press.
- Merten, T. ve Rogers, R. (2017). An international perspective on feigned mental disabilities: Conceptual issues and continuing controversies. *Behavioral Sciences & the Law*, 35(2), 97-112.
- Miller, H. A. (2001). *M-FAST: Miller Forensic Assessment of Symptoms Test professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. M. ve Condit, D. C. (2002). Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(8), 1094-1102.
- Morel, K. R. (1998). Development and preliminary validation of a forced-choice test of response bias for posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 299-314.
- Morel, K. R. ve Marshman, K. C. (2008). Critiquing symptom validity tests for posttraumatic stress disorder: A modification of Hartman's criteria. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1542-1550.
- Neal, T. M. S. ve Grisso, T. (2014). Assessment practices and expert judgment methods in forensic psychology and psychiatry: An international snapshot. *Criminal Justice and Behavior*, 41(12), 1406-1421.
- Ng, W., Mattos, L. A., Coffey, C. A., Molina, S. M., Gottfried, E. D. ve Glassmire, D. M. (2021). The association between clinicians' initial judgments of feigning and outcomes on symptom validity measures among pretrial forensic psychiatric inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 76, 101698.
- Niesten, I. J. M., Nentjes, L., Merckelbach, H. ve Bernstein, D. P. (2015). Antisocial features and "faking bad": A critical note. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 34-42.
- Parker, N. (1979). Malingering: A dangerous diagnosis. *Medical Journal of Australia*, 1(12), 568-569.
- Puente-López, E., Pina, D., López-López, R., Ordi, H. G., Bošković, I. ve Merten, T. (2022a). Prevalence estimates of symptom feigning and malingering in Spain. *Psychological Injury and Law*, 16(1), 1-17.
- Puente-López, E., Pina, D., Shura, R., Boskovic, I., Martínez-Jarreta, B. ve Merten, T. (2022b). The impact of different forms of coaching on the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Psicothema*, 34(4), 528-536.
- Resnick, P. J. (1984). The detection of malingered mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 2, 21-38.
- Resnick, P. J. (2007). My favorite tips for detecting malingering and violence risk. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 227-232.
- Rey, A. (1958). *L'examen clinique en psychologie* [The clinical assessment in psychology]. Presses Universitaires de Paris.

- Rienstra, A., Groot, P. F. C., Spaan, P. E. J., Majoie, C. B. L. M., Nederveen, A. J., Walstra, G. J. M., de Jonghe, J. F. M., van Gool, W. A., Olabarriaga, S. D., Korkhov, V. V. ve Schmand, B. (2013). Symptom validity testing in memory clinics: Hippocampal-memory associations and relevance for diagnosing mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35(1), 59-70.
- Rogers, R. (1990a). Development of a new classificatory model of malingering. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 18, 323-333.
- Rogers, R. (1990b). Models of feigned mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(3), 182-188.
- Rogers, R., Bagby, R. M. ve Dickens, S. E. (1992). *SIRS: Structured interview of reported symptoms professional manual*. Psychological Assessment Resources Inc.
- Rogers, R., Salekin, R. T., Sewell, K. W., Goldstein, A. ve Leonard, K. (1998). A comparison of forensic and non-forensic malingerers: A prototypical analysis of explanatory Models. *Law and Human Behavior*, 22(4), 353-367.
- Rogers, R., Sewell, K. W. ve Gillard, N. D. (2010). *Structured interview of reported symptoms, second edition: Professional test manual* (2. baskı). Psychological Assessment Resources.
- Rogers, R., Sewell, K. W. ve Goldstein, A. M. (1994). Explanatory models of malingering: A prototypical analysis. *Law and Human Behavior*, 18(5), 543-552.
- Rogers, R. ve Bender, S. D. (Ed.). (2018). Clinical assessment of malingering and deception (4. baskı). The Guilford Press.
- Rogers, R. ve Cavanaugh, J. L. (1983). "Nothing but the truth" ... A reexamination of malingering. *The Journal of Psychiatry & Law*, 11(4), 443-459.
- Rogers, R. ve Neumann, C. S. (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. P. W. Halligan, C. Bass ve D. A. Oakley (Ed.), *Malingering and illness deception* (s. 71-82) içinde. Oxford University Press.
- Rosen, G. M. ve Phillips, W. R. (2004). A cautionary lesson from simulated patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 32(2), 132-133.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250-258.
- Santamaría Fernández, P., Capilla Ramírez, P. ve Ordí, H. G. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: Percepción de los profesionales de la salud [Health professionals' perceptions of prevalence of malingering in temporary disability in Spain]. *Clinica y Salud*, 24, 139-151.
- Savaşır, I. (1978). Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin Türkçeye uyarlanması ve standardizasyon projesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1(1), 18-24.
- Schroeder, R. W., Clark, H. A. ve Martin, P. K. (2022). Base rates of invalidity when patients undergoing routine clinical evaluations have social security disability as an external incentive. *The Clinical Neuropsychologist*, 36(7), 1902-1914.
- Schroeder, R. W., Martin, P. K. ve Odland, A. P. (2016). Expert beliefs and practices regarding neuropsychological validity testing. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(4), 515-535.
- Sherman, E. M. S., Slick, D. J. ve Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 735-764.
- Singh, J., Avasthi, A. ve Grover, S. (2007). Malingering of psychiatric disorders: A review. *German Journal of Psychiatry*, 10(4), 126-132.
- Slick, D. J., Sherman, E. M. S. ve Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 545-561.
- Smith, G. P. ve Burger, G. K. (1997). Detection of malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25(2), 183-189.
- Soliman, S. ve Resnick, P. J. (2010). Feigning in adjudicative competence evaluations. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(5), 614-629.
- Soysal, H. (2022). Hekimi yanıltıcı davranış. N. Uygur (Ed.), *Adli psikiyatri uygulama kılavuzu* (4. baskı, s. 281-299). Türkiye Psikiyatri Derneği.
- Stevens, A. (2022). The validity of clinicians' diagnoses: Is it bread and butter? *European Psychiatry*, 65(S1), S46-S47.
- Suchy, Y. (2019). Introduction to special issue: Current trends in empirical examinations of performance and symptom validity. *The Clinical Neuropsychologist*, 33(8), 1349-1353.
- Sweet, J. J., Heilbronner, R. L., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Rohling, M. L., Boone, K. B., Kirkwood, M. W., Schroeder, R. W., Suhr, J. A. ve Participants, C. (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6), 1053-1106.
- Sweet, J. J. ve Guidotti Breting, L. M. (2013). Symptom validity test research: Status and clinical implications. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(1), 6-19.
- Şener, M. T. ve Ancı, Y. (2013). Adli psikiyatride temaruzun belirlenmesinde hekim tecrübesi: Olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports*, 21(2), 94-97.
- Thomas, R. P. ve Lawrence, A. (2018). Assessment of expert performance compared across professional domains. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 7(2), 167-176.
- Tombaugh, T. N. (1996). *Test of Memory Malingering (TOMM)*. Multi Health Systems.
- Türkçüer, İ., Serinken, M., Sengül, C. ve Özen, M. (2010). Munchausen sendromu mu? Yoksa temaruz mu? *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 38-40.
- Tversky, A. ve Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Van der Heide, D., Boskovic, I., van Harten, P. ve Merckelbach, H. (2020). Overlooking feigning behavior may result in potential harmful treatment interventions: Two case reports of undetected malingering. *Journal of Forensic Sciences*, 65(4), 1371-1375.
- Van Dyke, S. A., Millis, S. R., Axelrod, B. N. ve Hanks, R. A. (2013). Assessing effort: Differentiating performance and symptom validity. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(8), 1234-1246.
- Van Egmond, J., Kummeling, I. ve Balkom, T. A. (2005). Se-

- condary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment. *European Psychiatry*, 20(5-6), 416-421.
- Van Egmond, J. ve Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17(1), 46-54.
- Van Helvoort, D., Merckelbach, H., van Nieuwenhuizen, C. ve Otgaar, H. (2022). Traits and distorted symptom presentation: A scoping review. *Psychological Injury and Law*, 15(2), 151-171.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jellicic, M., Niesten, I. J. M. ve à Campo, J. (2017a). Differentiating factitious from malingered symptomatology: The development of a psychometric approach. *Psychological Injury and Law*, 10(4), 341-357.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Niesten, I. J. M., Jellicic, M., Huhnt, B. ve à Campo, J. (2017b). Biased symptom reporting and antisocial behaviour in forensic samples: A weak link. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(4), 530-548.
- Viglione, D. J. ve Giromini, L. (2020). *Inventory of problems-29: Professional manual*. IOP-Test, LLC.
- Viglione, D. J., Giromini, L. ve Landis, P. (2017). The development of the inventory of problems-29: A brief self-administered measure for discriminating bona fide from feigned psychiatric and cognitive complaints. *Journal of Personality Assessment*, 99(5), 534-544.
- Walters, G. D., Rogers, R., Berry, D. T. R., Miller, H. A., Duncan, S. A., McCusker, P. J., Payne, J. W. ve Granacher Jr, R. P. (2008). Malingering as a categorical or dimensional construct: The latent structure of feigned psychopathology as measured by the SIRS and MMPI-2. *Psychological Assessment*, 20, 238-247.
- Widows, M. R. ve Smith, G. P. (2005). *SIMS – Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources.
- Wooley, C. N. ve Rogers, R. (2015). The effectiveness of the personality assessment inventory with feigned ptsd: An initial investigation of Resnick's model of malingering. *Assessment*, 22(4), 449-458.
- Yıldırım, E. (2017). Adli nöropsikoloji ve temaruz (malingering). E. Şenol-Durak ve M. Durak (Ed.), *Adli psikolojide gözlem-görüşme ve psikolojik değerlendirme* (s. 159-186) içinde. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.
- Yıldız, M. ve Nart, Ö. (2017). Klinik ortamlarda gözden kaçabilen temaruz olguları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 413-414.
- Young, G. (2014). *Malingering, feigning, and response bias in psychiatric/psychological injury: Implications for practice and court*. Springer Science+Business Media.
- Young, G. (2015a). Detection system for malingered ptsd and related response biases. *Psychological Injury and Law*, 8(2), 169-183.
- Young, G. (2015b). Malingering in forensic disability-related assessments: prevalence 15 ± 15 %. *Psychological Injury and Law*, 8(3), 188-199.
- Young, S., Jacobson, R., Einzig, S., Gray, K. ve Gudjonsson, G. H. (2016). Can we recognise malingerers? The association between malingering, personality traits and clinical impression among complainants in civil compensation cases. *Personality and Individual Differences*, 98, 235-238.

| **Extended Abstract** |**Negative response bias, malingering, and symptom validity in psychology: A Türkiye-focused review**Ali Yunus Emre Akca¹ , Alpay Çiller² , Elif Akyüz³ , Mehmet Seyda Tepedelen⁴ **Keywords**

negative response bias, malingering, symptom validity, assessment, review

Abstract

The literature suggests that individuals undergoing psychological and/or neuropsychological assessments or referred for such assessments in certain contexts (e.g., medicolegal), may not always be honest about their reported problems or symptoms. Accordingly, individuals, particularly in the case of subjective self-reports, may exhibit a response style that biases or even invalidates assessment results based on a number of factors. These factors may include the nature of the questions, the context of the test, the mood of the individual during the assessment process, and/or the motive to obtain a benefit. For example, a response style defined as response bias, which is intended to distort assessment results, may involve some individuals presenting a situation as better than it actually is (positive response bias) and others presenting it as worse than it actually is (negative response bias). There may be internal (e.g., psychological benefit) and/or external (e.g., financial benefit) incentives behind this. Intentionally exaggerating or fabricating one's own psychological and/or physical symptoms in order to gain benefits motivated by an obvious external incentive is also a response style and is defined in the literature as *malingering*. In this context, *symptom validity* is a concept that refers to the accuracy of the symptoms reported by individuals (e.g., through self-report). In light of the above findings, this review is based on the international literature on response bias, malingering, and symptom validity, as well as studies conducted in Türkiye, targeting the Turkish population, or written in Turkish. In this context, the definition of malingering in the DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), criticisms of the DSM definition, prevalence rates, consequences of detection failures, alternative detection systems, symptom validity assessment, recommended objective psychometric test types, and recent findings and developments in general were reviewed. Recommendations are made in light of the findings.

It is important for assessors to be aware that people may not prioritize honesty when reporting problems and/or symptoms and therefore may exhibit response bias that can undermine the validity of the assessment results (Bush et al., 2005; Sweet et al., 2021). For example, an individual may resort to certain forms of response style to make their health, or psychological problems, appear better (positive response bias) or worse (negative response bias) than they actually are (Akca et al., 2020). Internal and/or external incentives may play a role in such deceptive response styles. For example, one person may pretend to be ill and exhibit a response style to gain the attention that being ill can bring him or her (i.e., internal incentive), whereas another person may exhibit a response style that indicates poor mental health to avoid prosecution (i.e., external incentive; Puente-López et al., 2022). Intentional negative response bias, in which external incentives are evident and driven by the desire to gain a benefit, is defined in psychiatric nosology as malingering and is one of the main foci of the present review (see

American Psychiatric Association [APA], 2022).

An important consideration is that the absolute determination of incentives is challenging, and that internal and external incentives may overlap simultaneously; therefore, the presence of one is not considered conclusive evidence for the absence of the other (Merten & Merckelbach, 2020; van Impelen et al., 2017). For this reason, "feigning" is suggested in place of malingering, defined by Rogers and Bender (2018, p. 6) as "the deliberate fabrication or gross exaggeration of psychological or physical symptoms, without any assumptions about its goals".

Aim of Review

In the first part of this review, we examine the definition of malingering in the DSM, its prevalence, possible consequences, different detection systems in the literature, symptom validity assessment, and the literature on the detection of malingering and negative response bias in general. In the second part, some of the

To cite: Akca, A. Y. E., Çiller, A., Akyüz, E., & Tepedelen, M. S. (2025). Negative response bias, malingering and symptom validity in psychology: A Türkiye-focused review. *Journal of Clinical Psychology Research*, 9(2), 242-263.

Alpay Çiller · cilleralpay@gmail.com | ¹Spec. Psychologist, Ph.D. Candidate, Maastricht University, Maastricht, Netherlands; ²Res. Asst., Ph.D., Gaziosmanpaşa University, Psychology Department, Tokat, Türkiye; ³Spec. Psychologist, Ph.D. Candidate, İbni Haldun University, Psychology Department, İstanbul, Türkiye; ⁴Spec. Psychologist, Ph.D. Candidate, İbni Haldun University, Psychology Department, İstanbul, Türkiye.

Received May 25, 2023, **Revised** Oct 6, 2023, **Accepted** Jan 25, 2024



issues from the first part are reviewed based on published Turkish studies on the phenomena of malingering and negative response bias (e.g., feigning) in Türkiye and in the Turkish population. In summary, this review aims to present recent developments in the fields of malingering, negative response bias, and symptom validity and thereby contribute to the Turkish psychology literature.

Part 1: Malingering, Negative Response Bias and Symptom Validity Assessment: Literature Review American Psychiatric Association's Definition of Malingering

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR; APA, 2022, p. 835) defines malingering as "the intentional production of false or grossly exaggerated physical or psychological symptoms motivated by external incentives". External incentives may be financial but may also include avoidance of undesirable situations and even exploitation of certain clinical diagnoses outside of legal or judicial situations. External incentives cited in the literature include compensation for disability, avoidance of military service, avoidance of criminal liability by claiming 'insanity', access to medication, or academic ease (e.g., attention deficit hyperactivity disorder; Merten and Merckelbach, 2020; Sherman et al., 2020).

Criticisms of the DSM Definition

Although the DSM criteria for defining and detecting malingering are widely used in clinical practice, they have also been criticized. For example, Berry and Nelson (2010) point out the difficulties in objectively determining the incentive source and principle of intentionality employing the DSM definition and criticizing that the DSM criteria lead to an approach to detecting malingering based on subjective decisions. Research has shown that when DSM criteria are applied, only 20% of cases of malingering are detected, and 10-20% of actual symptoms are misclassified as fabricated (Rogers, 1990a). Moreover, the DSM definition of malingering implies a criminological assumption, namely that antisocial personality disorder (ASPD) is one of the causes of malingering (Rogers, 1990a; Rogers & Neumann, 2003). However, a critical review of the literature has shown that studies of the relationship between ASPD and malingering have yielded mixed results, that the relationship is weak in terms of outcomes, and that it is "plagued by conceptual problems" (see Niesten et al., 2015, p. 40).

Prevalence of Malingering

One of the most frequently cited studies of prevalence rates in the malingering literature (1327 citations according to Google Scholar at the time of writing) is undoubtedly Mittenberg et al. (2002). In their survey,

131 practitioners indicated that they suspected possible malingering in between 7% and 31% of their approximately 33.000 annual assessments. These percentages varied depending on the context of the assessment, i.e., civil context (e.g., compensation; $\approx$ 31%), criminal context (e.g., criminal liability; 11%-21%), or medical and psychiatric cases outside of the legal context and outside of compensation (7%-12%; Mittenberg et al., 2002). Young (2015b) notes that prevalence rates vary by clinical dimension (e.g., psychopathological, cognitive, somatic), criteria used, context (e.g., forensic), and diagnostic tests, and thus suggests an overall prevalence estimate of $15\% \pm 15\%$ for malingering.

Malingering and Possible Consequences

Failure to detect whether an individual is malingering or engaging in negative response bias can have detrimental consequences. For example, a recent case report showed that ignoring the possibility that a person is malingering can lead to unnecessary and "harmful" interventions such as prescribing antipsychotic medication and even iatrogenic harm (van der Heide et al., 2020). On the other hand, classifying genuine complaints as malingering can lead to people being deprived of needed help and treatment and even result in harsher penalties (e.g., criminalization; Knoll & Resnick, 2006; Soliman & Resnick, 2010). Failure to recognize malingering can also result in undermining the effectiveness of treatment protocols, distorting research findings, inequitable distribution of social services, and violence against assessors (see Chafetz & Underhill, 2013; Knoll & Resnick, 2006; Rienstra et al., 2013; van Egmond et al., 2005; van Egmond & Kummeling, 2002).

Various Malingering Detection Systems in Literature

Sherman et al. (2020, p. 5), in a slight departure from the DSM definition, define malingering as "the volitional feigning or exaggeration of neurocognitive, somatic, or psychiatric symptoms to obtain material gain and services or avoid formal duty, responsibility, or undesirable outcome" and offer the possibility of identification based on clear and convincing evidence consistent with four main criteria. The main criteria are A) the presence of external incentives, B) an invalid symptom presentation that indicates feigning or exaggeration in the assessment, C) significant inconsistencies (e.g., between test data, symptom presentation, and/or other types of evidence), and D) behaviors that meet criterion B cannot be fully explained by another developmental, medical, or psychiatric reason. Sherman et al. (2020) describe each of the major assessment criteria in detail and provide points to consider. When the above criteria are met and the given recommendations are followed, it is possible to define the

clinical dimension of malingering using four different markers: i) malingering neurocognitive impairment, ii) malingering somatic symptoms, iii) malingering psychiatric symptoms, or iv) mixed clinical presentation. For a comprehensive overview, see Sherman et al. (2020).

Objective Psychometric Evidence and Tests

The literature on psychometric assessment methods for detecting malingering and (negative) response bias in general distinguishes between two types of tests: symptom validity tests (SVTs) and performance validity tests (PVTs; see Larrabee, 2012). SVTs are instruments designed to assess the extent to which individuals complain of symptoms or mental health problems that have no true clinical manifestation (e.g., fantastic), are infrequently reported, or are unlikely to occur simultaneously (e.g., overreporting). PVTs, on the other hand, are performance-based measures of cognitive ability that are typically used to detect a lack of cooperation, motivation, or effort (e.g., poor performance; see Van Dyke et al., 2013). Importantly, these two types of tests are not 'malingering tests' (McCaffrey et al., 2021; Sherman et al., 2020). Malingering is only one of many possible explanations for response bias (see, e.g., Kaufman & Bush, 2020). SVTs and PVTs are instruments that help identify abnormal/unusual response patterns in people's reports, so the results of these two tests can only provide information about the validity of presentations when no external incentives are apparent, and intentionality of bias is not certain.

Part 2: Türkiye and Turkish Focused Review Terminology, Definitions, and Detection Systems

The review of the peer-reviewed publications shows that almost all studies use the term "temaruz" and refer to the definition of APA (i.e., the DSM definition; 2022; Ardic et al., 2019; Atay, 2007; Keyvan et al., 2015; Şener & Ancı, 2013; Türkçüer et al., 2010; Yıldız & Nart, 2017). Ger et al. (2016), reviewed in this study, includes the DSM definition, although it uses the term "hekimi yanıltıcı davranış". Of the literature reviewed, only Yıldırım (2017) provides information on the DSM criteria as well as the detection systems we briefly mentioned in Part 1 [i.e., Slick et al.'s (1999) Malingered Neurocognitive Dysfunction]. Other sources do not include different detection systems.

Prevalence Rates

From the literature reviewed, the prevalence of malingering in the Turkish population ranges from 10% to 48.5% (Demirkıran et al., 2003; Ger et al., 2016; Keyvan et al., 2015; Kokcu & Kurt, 2017).

Objective Psychometric Evidence and Tests

Review of the literature revealed that several SVTs and PVTs have been validated in Turkish. These include the M-FAST and the widely used SIMS (Ardic et al., 2019; Keyvan et al., 2015). However, given the importance and recommendations of, for example, comparing clinical judgement with actuarial evidence, there are few Turkish tools for detecting malingering or negative response bias in general (see Ayhan & Karaman, 2021).

DISCUSSION

This review paper is the first in Türkiye to compare research on the concept of malingering in Türkiye and other countries. Although the widely used DSM refers to the possibility of malingering in forensic contexts, external incentives have also been observed in non-forensic contexts (e.g., clinical or welfare contexts) and may consist of avoiding a less desirable situation (e.g., getting a doctor's note to skip school). Therefore, it is more accurate to speak of response bias when the presence of external incentives and the principle of intentionality are ambiguous. It would be accurate to define this as a negative response bias when one intends to present oneself in a worse situation than one is, and a positive response bias when one intends to present oneself in a better situation than one is.

An important aspect that the authors observe in the literature in Türkiye is the emphasis on the "experience" and "expertise" of the assessors. For example, Şener and Ancı (2013) clearly state that the experience of the physician plays a central role in the suspicion of malingering. However, it is not clear what exactly is meant by experience. Does it refer to interview experience? Experience in test interpretation? Or to experience in the sense of factual knowledge? Thomas and Lawrence (2018), in their study examining task-related characteristics in relation to the level of expertise in various domains, pointed out that none of the above elements alone is an indicator of expertise.

Conclusions and Recommendations

Given all of the above, it is recommended that well-researched, scientifically sound systems be used to detect malingering and response bias (e.g., Sherman et al., 2020). In addition, symptom validity assessment tools (SVTs and PVTs) should be developed that focus on characteristics of the Turkish population; at a minimum, existing, well-designed measures should be adapted. The authors believe that a nationwide survey of assessors on their beliefs and practices in detecting malingering and response bias in general should be conducted, as they believe that identifying the current situation is valuable for developing effective policies. Although there are individual studies in the Turkish li-

terature that address malingering, there is no study that examines and compiles most of the existing studies in the literature. In this regard, this study is a comprehensive review of the Turkish literature on malingering and is intended to be a resource that can benefit researchers who wish to study malingering in Türkiye.

DECLARATIONS

Ethics Committee Approval This is a review study that does not require ethical approval.

Declaration of Conflict of Interest All authors of this article declare that they have no conflict of interest regarding the article.

Consent Form It is not suitable for the type of research.

Project/Funding Information This study was not conducted within the scope of any project and no funds or grants were used.

Data Sharing/Appropriateness There is no data obtained from the participants within the scope of the study.

Author(s) Contribution [AYEA and AÇ] conceived and designed the analysis; collected the data by conducting the systematic review process including article screening and selection; performed the analysis by synthesizing and interpreting the findings; wrote the first draft of the paper including the introduction, methods, and results sections. [EA and MST] provided methodological guidance throughout the review process; revised and edited the manuscript, particularly contributing to the refinement of the introduction and discussion sections. All authors re-viewed and approved the final manuscript.

REFERENCES

- Akca, Y. E. A., Sloomackers, L., & Boskovic, I. (2020). Verifiability and symptom endorsement in genuine, exaggerated, and malingered pain. *Psychological Injury and Law*, 13(3), 235-245.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th, text revision ed.). American Psychiatric Association.
- Ardıç, F. C., Köse, S., Solmaz, M., Kulacaoğlu, F., & Balcioğlu, Y. H. (2019). Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (Turkish SIMS). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(2), 182-188.
- Atay, S. (2007). İş yaşamında temaruz olgusu (malingering). *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(2), 1-10.
- Ayhan, H. & Karaman, H. (2021). Adli psikolojik değerlendirmenin temel ilkeleri: Destekleyici bir unsur olarak psikolojik testler. *Uluslararası Türk Kültür Coğrafyasında Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 36-47.
- Berry, D. T. R. & Nelson, N. W. (2010). DSM-5 and malingering: A modest proposal. *Psychological Injury and Law*, 3(4), 295-303.
- Bush, S. S., Ruff, R. M., Troster, A. I., Barth, J. T., Koffler, S. P., Pliskin, N. H., Reynolds, C. R., & Silver, C. H. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity NAN policy & planning committee. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, 20(4), 419-426.
- Chafetz, M. & Underhill, J. (2013). Estimated costs of malingered disability. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(7), 633-639.
- Demirkıran, S., Yaman, M., & Uygur, N. (2003). Ceza ehliyeti değerlendirmelerinde yapılandırılmış görüşme yöntemlerinin klinik karara etkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 16(3), 139-143.
- Ger, M. C., Ljohiy, N. D., Öncü, F., Keyvan, A., Özgen, G., & Türkcan, A. (2016). Tedaviye gönderilmiş tutuklu ve hükümlü erkek olgularda hekimi yanıltıcı davranışın klinik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 235-243.
- Kaufman, N. K. & Bush, S. S. (2020). Validity assessment in military psychology. In U. Kumar (Ed.), *The Routledge international handbook of military psychology and mental health* (First ed., pp. 211-223). Routledge.
- Keyvan, A., Ger, M. C., Ertürk, S. G., & Türkcan, A. (2015). Miller-Belirtelerin Adli Değerlendirme Ölçeği (m-fast) Türkçe formu'nun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 52(3), 296-302.
- Knoll, J. & Resnick, P. J. (2006). The detection of malingered post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 29(3), 629-647.
- Kokcu, A. T. & Kurt, E. (2017). General practitioners' approach to malingering in basic military training centres. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 163(2), 119-123.
- Larrabee, G. J. (2012). Performance validity and symptom validity in neuropsychological assessment. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(4), 625-630.
- McCaffrey, R. J., Mian, M. N., Clegg, R. A., & Lynch, J. K. (2021). Explaining performance and symptom validity testing to the trier of fact. In J. A. M. Horton & C. R. Reynolds (Eds.), *Detection of malingering during head injury litigation* (pp. 337-351). Springer International Publishing.
- Merten, T. & Merckelbach, H. (2020). Factitious disorder and malingering. In J. R. Geddes, N. C. Andreasen, & G. M. Goodwin (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (3rd ed., pp. 1342-1349). Oxford University Press.
- 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.
- Nielsen, I. J. M., Nentjes, L., Merckelbach, H., & Bernstein, D. P. (2015). Antisocial features and "faking bad": A critical note. *International Journal of Law and Psychiatry*, 41, 34-42.
- Puente-López, E., Pina, D., López-López, R., Ordi, H. G., Bošković, I., & Merten, T. (2022). Prevalence estimates of symptom feigning and malingering in Spain. *Psychological Injury and Law*, 16(1), 1-17.
- Rienstra, A., Groot, P. F. C., Spaan, P. E. J., Majoie, C. B. L. M., Nederveen, A. J., Walstra, G. J. M., de Jonghe, J. F. M., van Gool, W. A., Olabarriaga, S. D., Korkhov, V. V., & Schmand, B. (2013). Symptom validity testing in memory clinics: Hippocampal-memory associations and relevance for diagnosing mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 35(1), 59-70.
- Rogers, R. (1990). Development of a new classificatory mo-

- del of malingering. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 18, 323-333.
- Rogers, R. & Bender, S. D. (Eds.). (2018). Clinical assessment of malingering and deception (4th ed.). The Guilford Press.
- Rogers, R. & Neumann, C. S. (2003). Conceptual issues and explanatory models of malingering. In P. W. Halligan, C. Bass, & D. A. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (pp. 71-82). Oxford University Press.
- Sherman, E. M. S., Slick, D. J., & Iverson, G. L. (2020). Multidimensional malingering criteria for neuropsychological assessment: A 20-year update of the malingered neuropsychological dysfunction criteria. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 735-764.
- Slick, D. J., Sherman, E. M. S., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, 13(4), 545-561.
- Soliman, S. & Resnick, P. J. (2010). Feigning in adjudicative competence evaluations. *Behavioral Sciences & the Law*, 28(5), 614-629.
- Sweet, J. J., Heilbronner, R. L., Morgan, J. E., Larrabee, G. J., Rohling, M. L., Boone, K. B., Kirkwood, M. W., Schroeder, R. W., Suhr, J. A., & Participants, C. (2021). American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *The Clinical Neuropsychologist*, 35(6), 1053-1106.
- Şener, M. T. & Ancı, Y. (2013). Adli psikiyatride temaruzun belirlenmesinde hekim tecrübesi: Olgu sunumu. *Türkiye Klinikleri Journal of Case Reports*, 21(2), 94-97.
- Thomas, R. P. & Lawrence, A. (2018). Assessment of expert performance compared across professional domains. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 7(2), 167-176.
- Türkçüer, İ., Serinken, M., Sengül, C., & Özen, M. (2010). Munchausen sendromu mu? Yoksa temaruz mu? *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 38-40.
- Van der Heide, D., Boskovic, I., van Harten, P., & Merckelbach, H. (2020). Overlooking feigning behavior may result in potential harmful treatment interventions: Two case reports of undetected malingering. *Journal of Forensic Sciences*, 65(4), 1371-1375.
- Van Dyke, S. A., Millis, S. R., Axelrod, B. N., & Hanks, R. A. (2013). Assessing effort: Differentiating performance and symptom validity. *The Clinical Neuropsychologist*, 27(8), 1234-1246.
- Van Egmond, J. & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17(1), 46-54.
- Van Egmond, J., Kummeling, I., & Balkom, T. A. (2005). Secondary gain as hidden motive for getting psychiatric treatment. *European Psychiatry*, 20(5-6), 416-421.
- Van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M., Niesten, I. J. M., & à Campo, J. (2017). Differentiating factitious from malingered symptomatology: The development of a psychometric approach. *Psychological Injury and Law*, 10(4), 341-357.
- Yıldırım, E. (2017). Adli nöropsikoloji ve temaruz (malinger). In E. Şenol-Durak & M. Durak (Eds.), *Adli psikolojide gözlem-görüşme ve psikolojik değerlendirme* (pp. 159-186). Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık.
- Yıldız, M. & Nart, Ö. (2017). Klinik ortamlarda gözden kaçabilen temaruz olguları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 413-414.
- Young, G. (2015). Malingering in forensic disability-related assessments: prevalence 15 ± 15 %. *Psychological Injury and Law*, 8(3), 188-199.