

**T.C.**  
**BAHÇEŞEHİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**KAMU HUKUKU ANABİLİM DALI**

**TÜRK CEZA HUKUKUNDA AKIL HASTALIĞI VE KUSUR YETENEĞİNE**  
**ETKİSİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Güner Hande ULUTÜRK**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Timur DEMİRBAŞ**

**İstanbul 2009**

## ÖZET

### TÜRK CEZA HUKUKUNDA AKIL HASTALIĞI VE KUSUR YETENEĞİNE ETKİSİ

Ulutürk, Güner Hande

Kamu Hukuku Yüksek Lisans Programı  
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Timur Demirbaş

Eylül 2009, 172

Akıl hastalıkları ile suçluluk arasındaki ilişki, geçmişten günümüze hem tıp hem de hukuk bilimlerini ilgilendiren bir konu olmuştur. Belirli akıl hastalıklarının, belirli suç tiplerinin işlenmesini tetiklemesi gibi durumlar söz konusu olabilmekte ise de, akıl hastalığının tek başına bir suç işleme sebebi olarak kabul edilmesi mümkün değildir. Ayrıca, suç işleyen kişiler arasında akıl hastalarının oranı, sanıldığı kadar yüksek de değildir. Tezimizde, akıl hastalığının kusur yeteneğine etkisi ana tartışma noktası olarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, kusur yeteneği, kusurluluk, ceza sorumluluğu gibi kavramlar ve akıl hastalığının bunlarla olan ilişkisi; adli psikiyatri açısından önem arz eden birtakım akıl hastalıkları; akıl hastaları hakkında bilirkişilik, akıl hastası suçluların yargılanması, akıl hastası suçlular hakkında verilecek hüküm ve akıl hastalarına uygulanacak güvenlik tedbirleri gibi konulara da yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Akıl hastalığı, kusur yeteneği, ceza sorumluluğu, akıl hastaları hakkında bilirkişilik, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri, tedavi, gözlem altına alınma, güvenlik tedbirleri muhakemesi.

## **ABSTRACT**

### **MENTAL ILLNESS AND ITS EFFECT ON CRIMINAL LIABILITY IN THE TURKISH CRIMINAL LAW**

Ulutürk, Güner Hande

Public Law Master's Program  
Supervisor: Prof. Timur Demirbaş

September 2009, 172

The relationship between mental illnesses and criminality has always been a matter of both medicine and law. Although it is known that some specific kinds of mental illnesses have an effect on committing some specific kinds of crimes; it is not possible to accept mental illness as the only reason to commit a crime. Also, the percentage of mentally ill people among the criminals is not as high as we think. In our study, the effect of mental illness on criminal liability is chosen as the main point of discussion. Other than this, subjects such as some kinds of mental illnesses, criminal liability, mens rea, expertise on mental illness, trying of the mentally ill criminals, the verdict given for mentally ill criminals, the security measures taken for mentally ill criminals are examined, too.

**Keywords:** Mental illness, mens rea, criminal liability, expertise on mental illnesses, trying of mentally ill criminals, security measures about mentally ill criminals.

## İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	6
GİRİŞ.....	7

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### KUSUR YETENEĞİNİ ORTADAN KALDIRAN VEYA AZALTAN BİR NEDEN OLARAK AKIL HASTALIĞI

<b>1. Kusur Yeteneği ve Kusurluluk Kavramları.....</b>	<b>9</b>
1.1 Genel Olarak.....	9
1.2 Kusur Yeteneği.....	10
1.2.1 Kusur Yeteneğinin Esası.....	13
1.3 Kusurluluk.....	19
<b>2. Kusur Yeteneği, Kusurluluk Ve Sorumluluk Kavramları Arasındaki İlişki.....</b>	<b>23</b>
<b>3. Kusur Yeteneğinin Aranacağı Zaman: Actiones Liberae In Causa (ALIC) – Sebebinde Serbest Olan Hareketler Teorisi.....</b>	<b>26</b>
3.1 Genel Olarak.....	26
3.2 ALIC Kuralına Başvurulmasının Amacı.....	28
3.3 ALIC Kuralına İlişkin Tartışmalı Durumlar.....	29
3.4 ALIC Kuralının Uygulanabilmesi için Gereken Şartlar ve Kasti ALIC- Taksirli ALIC Ayrımı.....	30
<b>4. Kusur Yeteneğini Etkileyen Haller.....</b>	<b>32</b>
4.1 Yaş Küçüklüğü.....	32
4.2 Sağır-Dilsizlik.....	35
4.3 Geçici (Arızı) Nedenler.....	36
4.4 İstemeyerek Sarhoşluk veya Uyuşturucu Madde Etkisi.....	37
<b>5. Akıl Hastalığı.....</b>	<b>38</b>
5.1. Akıl Hastalıklarının Ceza Sorumluluğuna Etkisi Bakımından Tarihi Gelişimi.....	38
5.2. Akıl Hastalıklarının Tayininde Kanuni Sistemler.....	42
5.2.1 Biyolojik Sistem.....	42
5.2.2 Psikolojik Sistem.....	43
5.2.3 Karma Sistem.....	43
5.2.4 İngiliz Sistemi: M’Naghten Kuralı.....	44
5.2.5 Türk Ceza Kanunu’nun Kabul Ettiği Sistem.....	51

<b>6. Akıl Hastalıklarının Ceza Kanunlarında Düzenlenişi.....</b>	<b>53</b>
6.1 5237 s. TCK'da.....	53
6.2 765 s. TCK'da.....	55
6.3 Akıl Hastalığının Düzenlenişi Bakımından 765 s. TCK ile 5237 s. TCK'nın Karşılaştırılması.....	60
6.4 1997 TCK Tasarısı'nda Akıl Hastalığının Düzenleniş Şekli.....	66

## İKİNCİ BÖLÜM

### ADLİ PSİKİYATRİ AÇISINDAN ÖNEM ARZ EDEN VE CEZA SORUMLULUĞUNA ETKİSİ OLABİLECEK BAZI AKIL HASTALIKLARI

<b>1. Akıl Hastalıklarının Sınıflandırılması.....</b>	<b>68</b>
1.1 Genel Olarak.....	68
1.2 Dünya Sağlık Örgütü'nün Akıl Hastalıkları Sınıflandırması.....	69
1.2.1 Semptomatik olanlar da dâhil olmak üzere organik akıl hastalıkları.....	70
1.2.2 Madde kullanımına bağlı akıl hastalıkları.....	70
1.2.3 Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel akıl hastalıkları.....	71
1.2.4 Duygulanım (Affektif) Akıl Hastalıkları.....	71
1.2.5 Nörotik, Stresle Bağlantılı ve Somatoform Akıl Hastalıkları.....	71
1.2.6 Psikolojik Sıkıntılar ve Fiziksel Faktörlerden Kaynaklanan Davranışsal Sendromlar.....	71
1.2.7 Yetişkin Kişiliği ve Davranışlarına İlişkin Hastalıklar.....	72
1.2.8 Mental Retardasyon (Zekâ Geriliği).....	72
1.2.9 Psikolojik Gelişime İlişkin Bozukluklar.....	72
1.2.10 Genellikle Çocukluk Veya Gençlik Dönemlerindeki Saldırılarına Dayalı Davranışsal Ve Duygusal Bozukluklar.....	73
<b>2. Ceza Sorumluluğu Açısından Önem Arz Eden Bazı Akıl Hastalıklarının Tanımlanması ve İncelenmesi.....</b>	<b>73</b>
<b>2.1 Psikozlar.....</b>	<b>74</b>
2.1.1 Şizofreni.....	74
2.1.2 Psikoz Maniak Depresif.....	80
2.1.3 Paranoia, Parafrenia, Yaşdönümü Psikozu.....	82

2.1.4 Konfüzyon Mental.....	83
<b>2.2 Organik Psiko­zlar.....</b>	<b>84</b>
2.2.1 Yaşlılık Bunaması (Demans Senil).....	84
2.2.2 Paralizi Jeneral.....	84
2.2.3 Beyin Tümörlerine Bağlı Davranış Bozuklukları.....	85
2.2.4 Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımına Bağlı Akıl Hastalıkları.....	85
<b>2.3 Zekâ Gerilikleri (Oligofreniler).....</b>	<b>87</b>
2.3.1 İdiosi.....	88
2.3.2 Embesilite.....	88
2.3.3 Debilite.....	88
<b>2.4 Nevrotik Bozukluklar (Psikonevrozlar).....</b>	<b>89</b>
2.4.1 Kaygı Bozuklukları (Anksiyete).....	89
2.4.2 Fobik Nevroz.....	90
2.4.3 Obsesif-Kompulsif Nevroz.....	91
2.4.4 Hastalık Hastalığı (Hipokondria).....	91
2.4.5 Histerik Nevroz.....	92
2.4.6 Yorgunluk Reaksiyonu (Nevrasteni).....	92
2.4.7 Disosiyatif Reaksiyonlar.....	93
<b>2.5 Diğer Bazı Akıl Hastalıkları.....</b>	<b>93</b>
2.5.1 Epilepsi (Sar'a).....	93
2.5.2 Kleptomani.....	98
2.5.3 Piromani.....	99
<b>3. Akıl Hastalığı Kapsamında Olup Olmadığı Tartışmalı Olan Durumlar.....</b>	<b>99</b>
3.1 İhtiras.....	99
3.2 Tahrik.....	100
3.3 Taammüd.....	101
3.4 Canavarca His.....	102
3.5 Antisosyal Kişilik Bozukluğu (Psikopati).....	102
3.6 Hipnotik Telkinler.....	104
3.7 Uyurgezerlik.....	105
3.8 Yığın Psikolojisi.....	106

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**CEZA VE CEZA MUHALEMESİ HUKUKUNDA AKIL HASTALIKLARINA**  
**İLİŞKİN DÜZENLEMELER**

<b>1. Akıl Hastaları Hakkında Bilirkişilik.....</b>	<b>108</b>
1.1 Bilirkişiliğe İlişkin Genel Bilgiler.....	108
1.2 Bilirkişi Nasıl Bir Ceza Muhakemesi Süjesidir?.....	110
1.3 Mahkemenin Bilirkişiye Başvurabileceği Durumlar.....	111
1.4 Bilirkişiye Başvurmanın Bir Zorunluluk Olup Olmadığı .....	113
1.5 Bilirkişi İncelemesinin Yürütülmesi.....	116
1.6 Gözlem Altına Alınma (CMK m. 74).....	118
1.7 Bilirkişi Raporu ve Raporun İçeriği.....	125
1.8 Bilirkişi Raporunun Yetkili Merciyeye Sunulması.....	128
1.9 Duruşmada Bilirkişinin Dinlenmesi.....	128
1.10 Bilirkişi Görüşünün Hukuki Niteliği.....	129
<b>2. Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri.....</b>	<b>133</b>
2.1 Güvenlik Tedbiri Kavramına İlişkin Genel Bilgiler.....	133
2.2 Güvenlik Tedbirlerinin Hukuki Niteliği.....	134
2.3 Güvenlik Tedbirlerinin Çeşitleri.....	135
2.4 Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri.....	135
2.4.1 Tedavi Tedbiri ve Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumu	
Kavramı.....	138
2.4.2 Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumuna Yatırılan Akıl	
Hastası Suçlunun Serbest Bırakılması.....	142
2.4.3 Serbest Bırakılan Akıl Hastası Suçlu Hakkına Tıbbi	
Kontrol ve Takip Gerekip Gerekmediği.....	145
2.4.4 Tıbbi Kontrol ve Takibin Şekli.....	145
2.4.5 Yeniden Tedbir Uygulanması.....	146
2.4.6 Ceza Yeteneğini Azalmış Olan Akıl Hastalarının	
Mahkûm Oldukları Cezalarının Kısmen veya	
Tamamen Güvenlik Tedbiri Olarak Uygulanabilmesi.....	146
2.4.7 Suç İşleyen Alkol ya da Uyuşturucu Madde Bağımlısı	
Kişiler Hakkında Uygulanacak Tedbir.....	148

<b>3. Akıl Hastası Suçlarının Yargılanması.....</b>	<b>148</b>
3.1 Ceza Muhakemesi / Güvenlik Tedbiri Muhakemesi Ayrımı.....	148
3.2 Akıl Hastası Sanığın Yargılanması ve Hakkında Verilecek Hüküm.....	150

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **SUÇ İŞLEMENİŞ OLAN AKIL HASTALARI HAKKINDA UYGULANABİLECEK ÖNLEMLER**

1.1 Genel Olarak.....	154
1.2 Kalıtsal Olarak Geçen Akıl Hastalıkları ile Mücadele: Tedavi, Kısırlaştırma ve Hadım Etme, Evlenme Yasağı.....	155
1.2.1 Tedavi.....	155
1.2.2 Kısırlaştırma ve Hadım Etme.....	158
1.2.3 Evlenme Yasağı.....	160
<b>SONUÇ.....</b>	<b>162</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>165</b>



## KISALTMALAR

ALIC	: Actiones Liberae In Causa
AÜHFD	: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
AYM	: Anayasa Mahkemesi
C	: Cilt
CD	: Ceza Dairesi
CGK	: Ceza Genel Kurulu
CGTİK	: Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
CMUK	: Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu
Çev.	: Çeviren
ÇKK	: Çocuk Koruma Kanunu
dn.	: Dipnot
f.	: Fıkra
HFD	: Hukuk Fakültesi Dergisi
IQ	: Intelligence quotient
İ.Ü.	: İstanbul Üniversitesi
İÜHFM	: İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası
m.	: Madde
MK	: Medeni Kanun
No:	: Numara
PVSK	: Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu
RG	: Resmi Gazete
s.	: Sayılı
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve devamı
vs.	: Ve saire
TBB	: Türkiye Barolar Birliği
TCHD	: Türk Ceza Hukuku Derneği
TCK	: Türk Ceza Kanunu
Y.	: Yargıtay
Yay.	: Yayıncılık

## GİRİŞ

Akıl hastalığı, hem hukuk hem de tıp bilimlerini ilgilendiren toplumsal bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilindiği gibi akıl hastalıkları, insanların en çok korktukları rahatsızlıklardır. Akıl hastalığı, zihinsel gelişimi hangi düzeyde olursa olsun, her insanın başına gelebilir; dahiler, sanatçılar, yüksek eğitim almış kişilerin yanı sıra, zihinsel gelişimi yetersiz olan kişiler de akıl hastalığına yakalanabilirler. Hastalığın çeşidi ne olursa olsun, bu durum yalnızca hastayı değil aynı zamanda ailesini, yakın çevresini ve toplumu da ilgilendirir<sup>1</sup>.

Akıl hastalığı nedeniyle ceza ehliyeti olmayanların sayısı, sanıldığı kadar fazla değildir. Antisosyal kişilik bozuklukları hariç tutulursa, ruhsal bozukluk gösteren kişilerin işlediği suçlar, zannedilenin tersine, azdır. Örneğin Kaliforniya’da 1980 yılında yaklaşık 52,000 sanıktan yalnızca 259’u ruhsal bozuklukları nedeniyle ceza almamıştır<sup>2</sup>. Dünyanın başka yerlerinde sayısal verilere bakıldığında, suçlular içinde akıl hastası suçluların oranının yüksek olmadığı görülür. Buna rağmen, genellikle akıl hastası kişiler tarafından işlenen suçlar, eskiden beri, normal kişilerin işledikleri suçlardan daha fazla ilgi çeken bir tarafı olduğundan dolayı, kamuoyuna daha fazla yansıtılmışlardır. Bu tür hikâyeler, daha dramatik bir şekilde aktarılmakta ve insanların ilgisini çekmektedir. Dolayısıyla bir akıl hastası tarafından işlenen bir suç, kamuoyunda derin yankılar uyandırmakta ve adeta her akıl hastası kişinin suç işleme eğilimi içinde olduğu intibainı bırakmaktadır. Hal böyle olunca da, akıl hastası suçluların, suçlu yanından çok hasta yanı toplumu ilgilendirmektedir. Toplumda, akıl hastalığı ile suç işleme eğilimi arasındaki ilişki, kişiyi akıl hastalığına ve sonra da suç işlemeye iten nedenler ve bu süreç her zaman merak uyandırmaktadır.

Tezimizde, aslında bizi de aynı meraka sürükleyen bu konuyu çeşitli yönleriyle ele almaya çalıştık. İlk bölümde, akıl hastalığının etki ettiği ceza hukuku kavramları olan kusur yeteneği, kusurluluk, ceza sorumluluğu üzerinde durulmuş, bunların çeşitli yaklaşımlar bakımından nasıl değerlendirildiği aktarılmıştır. Daha sonra, kusur yeteneğini etkileyen diğer hallerden kısaca söz edilmesinin ardından, akıl hastalığı bahsine geçilmiştir. Burada, akıl hastalığının ceza kanunlarında düzenlenmesi konusunda sistemler ve Türk Ceza Hukuku’nda akıl hastalığının düzenlenişinden bahsedilmiştir. İkinci bölümde, konunun tıbbi yönü üzerinde durulmuş ve adli psikiyatri açısından önem arz eden birtakım akıl hastalıkları açıklanmaya

<sup>1</sup> Yerli, Fahrettin Kemal (Bozcaada Cumhuriyet Savcısı), “Öğretide ve Uygulamada Akıl Hastalıklarından Epilepsinin Ceza Hukuku Açısından Etkisi ve Sonuçları”, [http://www.yayin.adalet.gov.tr/14\\_sayi%20icerik/Fahrettin%20Kemal%20Yerli.htm](http://www.yayin.adalet.gov.tr/14_sayi%20icerik/Fahrettin%20Kemal%20Yerli.htm), 13.03.2009.

<sup>2</sup> Anka, Aydın, [http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber\\_id=2888](http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber_id=2888) , 06. 11. 2008.

alışılmıştır. Burada, hastalıkların tanımları, belirtileri, türleri, suç işlemeye etkisi ve bu etkiyle işlenen suçların özellikleri gibi hususlar üzerinde çalışılmıştır. Bu bölümde son olarak, akıl hastalığına benzeyen fakat akıl hastalığı olup olmadığı tartışmalı bulunan kavramlara yer verilmiştir. nc bölümde, ceza ve ceza muhakemesi hukukumuzda akıl hastalığını ilgilendiren kavramlardan söz edilmiştir. Akıl hastaları hakkında bilirkişilik, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri, akıl hastası suçluların yargılanması konuları ele alınmıştır. Dördüncü ve son bölümde ise, suç işlememiş olan akıl hastaları hakkında alınabilecek önlemlere ilişkin bilgiler verilmiştir. Sonuç bölümünde ise, tezimizin muhtelif bölümlerinde varılan sonuçlar özetlenmiş ve bunlar hakkında birtakım önerilerde bulunulmuştur.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KUSUR YETENEĞİNİ ORTADAN KALDIRAN VEYA AZALTAN BİR NEDEN OLARAK AKIL HASTALIĞI

#### 1. Kusur Yeteneği ve Kusurluluk Kavramları

##### 1.1 Genel Olarak

Her şeyden önce şunu belirtmek gerekir ki, “akıl hastalığı”nın ceza hukukundaki yeri, suçun manevi unsurudur. Doktrinde, bu konuda bir kavram birliği yoktur. “Manevi unsur”, “sübjektif unsur”, “kusurluluk” gibi isimlerin kullanıldığı görülmektedir<sup>3</sup>.

Akıl hastalığı, manevi unsur başlığı altında incelenen “kusur yeteneği”ne etki eden bir durumdur. “Kusur yeteneği” yerine birtakım yazarlar tarafından “isnad yeteneği”, “kusur yeterliği” gibi başka ifadeler de kullanılmaktadır. Biz çalışmamız içerisinde “kusur yeteneği” kavramını kullanacağız. Çağdaş ceza hukukunda bir kimsenin cezalandırılabilmesi için, tipe uygun ve hukuka aykırı bir hareketin bulunması yetmemekte, aynı zamanda bu hareketin o kimseye şahsen isnat edilebilmesi, o kimsenin, bu hareketi hakkında bir değer hükmü verebilmesi de aranmaktadır<sup>4</sup>. Manevi unsurun varlığından söz edebilmek için, failin kusurlu bir şekilde hareket etmeye ehil olması gerekir.

Kusur yeteneği ve kusurluluk kavramlarının birbirinden nasıl ayrıldığı hususu, *Dönmezer-Erman* tarafından ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır. Buna göre, “kusurluluk” ve “kusur yeteneği”, manevi unsurun kendi bünyesinde barındırdığı iki ayrı kısmı ifade etmektedir. “Kusur yeteneği”, faile ilişkin bir unsurdur ve failin kusurlu bir şekilde hareket etmeye ehil olması durumudur. Failin fiilinin bir unsurundan ziyade, kişisel özellikleri ile ilgilidir. “Kusurluluk” ise, tam anlamıyla sübjektif olarak faile ilişkin bir unsur olmayıp, failin somut bir olay bakımından kusurlu şekilde hareket etmiş olmasıdır. Dolayısıyla kusurluluk, failin belirli bir olaydaki fiiline ilişkindir. Bu durumda şu söylenebilir: Kusur yeteneği, kusurluluktan önce araştırılması gereken ve faile ilişkin daha genel nitelikteki bir husustur. Kusur yeteneği, adeta kusurluluğun bir önşartını oluşturur; zira bir kimsenin kusurlu bir şekilde hareket edebilmesi için, her şeyden önce kusura ehil olması, yani kusur yeteneğini

<sup>3</sup> Demirbaş, Timur, “Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yay., Ankara 2007, sf. 306.

<sup>4</sup> Dönmezer, Sulhi / Erman, Sahir, “Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku”, C: II, Beta Yayınları, İstanbul 1997, sf. 143.

haiz bulunması gerekir<sup>5</sup>. Dolayısıyla, sistematik açıdan öncelikle kusur yeteneğinin açıklanması, daha sonra kusurluluk bahsine geçilmesi daha uygun olacaktır.

## 1.2 Kusur Yeteneği

Çalışmamızda, “kusur yeteneği” terimi kullanılacaktır. Kusur yeteneğine ilişkin açıklamalara geçmeden önce belirtmelidir ki, bu konuda da doktrinde bir kavram birliği yoktur: *Dönmezer-Erman*, *Toroslu*<sup>6</sup> ve *Hafizoğulları*’nın içinde bulunduğu bir grup yazar “isnad yeteneği” kavramını kullanır. *Hakeri*, “isnad kabiliyeti” kavramını kullanır. *İçel*, *Demirbaş* ve *Centel/Zafer*’in içinde bulunduğu bir diğer grup yazar ise “kusur yeteneği” kavramını benimserler. 5237 s. TCK da, madde gerekçelerinde “kusur yeteneği” ifadesini kullanmıştır. Bunların yanı sıra “ceza ehliyeti” (*Erem*), “kusur yeterliği” (*Önder*) gibi ifadeleri benimseyen yazarlar da vardır. Hangi terim kullanılırsa kullanılsın, konunun esası aynıdır: Kendisinden kaynaklanan bir fiilin kişiye yüklenebilmesi, yani, kişinin, kendi fiilinin sorumluluğunu üstlenebilmesi<sup>7</sup>.

Bazı yazarlar, kusur yeteneğini suçun yapısal unsurlarının dışında, sübjektif bir durum, failin sübjektif bir niteliği olarak kabul etmekte ve suçun bir unsurunu oluşturan kusurluluktan ayırmaktadırlar. Kusur yeteneğini suçun bir unsuru olarak kabul etmekle birlikte, irade veya kusurluluktan ayrıldığını belirtmek için, bunun suçun sübjektif kısmının bir unsuru olduğunu ileri süren yazarlar da vardır. Bu düşünceye göre, irade veya psikolojik unsur denilen kusurluluk, kusur yeteneğinden farklı olarak suçun objektif kısmının bir unsurunu oluşturur. Bir diğer görüşteki yazarlara göre, kusur yeteneği, kusurluluğun bir ön şartıdır ve bu sebeple, kusur yeteneğinin bulunmadığı durumlarda kusurluluktan da söz edilmesi mümkün değildir. Bu yazarlara göre, kusur yeteneği adeta bir anahtar gibidir, bu anahtar olmaksızın kusurluluk alanının kapısı açılmaz, bu alana girilemez. Nihayet son bir düşünceye göre ise, kusur yeteneğini, kusurluluktan ayrı olarak düşünülemez. Bir fiili, bir kişiye bağlayabilmek için, belirli niteliklere sahip bir psikik ilişkinin aranması gerekir; kusur yeteneği kavramı bir yana bırakılarak kusurluluk açıklanamaz<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 144.

<sup>6</sup> Toroslu, Nevzat, “Ceza Hukuku”, Savaş Yayınevi, Ankara 2005, sf. 245. (Yazar, “isnat yeteneği ve “isnat edilebilirlik” kavramlarını kullanmaktadır.)

<sup>7</sup> Hafizoğulları, Zeki, “5237 sayılı Türk Ceza Kanununda Fail”, sf. 7, dn. 5, <http://www.abchukuk.com/makale/makale308.html>, 06.11.2008.

<sup>8</sup> İçel, Kayıhan/Evik, Hakan, “Ceza Hukuku Genel Hükümler 2. Kitap”, Beta Yay., İstanbul 2007, sf. 173.

Kusur yeteneği, bir failin bir kişiye isnat edilebilmesi için o kişide bulunması gereken özelliklerin tümüne verilen addır. Yargıtay’a göre kusur yeteneği, “failin bir fiili suç olduğunu bilerek ve isteyerek işlemesi”dir<sup>9</sup>. Fakat asıl sorun, kusur yeteneğinin nasıl tespit edileceği noktasında ortaya çıkmaktadır. Zira gerek 765 s. TCK ve gerekse 5237 s. TCK, kusur yeteneğinin tanımını yapan herhangi bir düzenleme getirmemiştir. Kanunumuz, yalnızca kusur yeteneğini kaldıran veya azaltan sebeplerin bulunması halinde faile hiç ceza verilmeyeceği veya cezasında indirim gidileceğini belirtmiştir. Bunun ters kavramından çıkarılacak sonuç ise, “Kusur yeteneğini ortadan kaldıran veya azaltan hallerden herhangi biri kendisinde bulunmayan kişi, kusur yeteneğine sahiptir” şeklinde olmaktadır.

Buna karşılık, kusur yeteneğini açıkça tanımlayan kanunlar da mevcuttur. Örneğin İtalyan Ceza Kanununa göre, “Anlama ve isteme yeteneğini taşıyan kimse, isnat yeteneğine sahiptir”. Böylece kusur yeteneği, istemek ve anlamak yeteneğinden ibarettir<sup>10</sup>. Fakat bu şekilde açık tanım getiren kanunların uygulandığı olaylarda bile, her bir somut olay bakımından kimlerin “istemek ve anlamak yeteneğine” sahip olduklarının belirlenmesi hususu tartışma konusu olacak ve bunun tespiti uzmanlık gerektirecektir. Ancak yine de, kusur yeteneği bakımından getirilen “anlama ve isteme yeteneği” şeklindeki tanım, doktrinde genellikle kabul görmektedir. Anlama yeteneği, failin kendi dışında cereyan eden şeyleri salt anlaması değildir; aynı zamanda yapılan davranışın toplumsal değerinin farkında olmasıdır. Failin davranışının mutlaka kanuna aykırı olduğunu bilmesi gerekmez; hareketinin hayatın gerekleri ile çatıştığını bilmesi yeterlidir. İsteme yeteneği ise, kişinin, içinden gelen isteklere direnerek, bağımsız bir biçimde davranabilmesi, kendini ortaya koyabilmesidir. İsteme yeteneği, yapılmak zorunda olunanı istemektir<sup>11</sup>. Kusur yeteneği, hem anlama hem de isteme yetenekleri bir arada bulunduğu zaman mevcut olmaktadır.

<sup>9</sup> Centel, Nur/Zafer, Hamide/Çakmut, Özlem, “Türk Ceza Hukukuna Giriş”, Beta Yay., İstanbul 2008, 350,

**Y. 1. CD, 21.01.1970, 1360/268:** “1) Cezai mesuliyetin temel şartları a) maddi isnadiyet, b) manevi isnadiyet, c) kusurluluktur. 2) İşlenmiş olan cürümden dolayı bir kimsenin cezalandırılabilmesi için bu cürmün bu kimseye maddi bakımdan isnat edilmesi lazımdır. a) Maddi isnadiyet cürüm ile fail olduğu iddia olunan kimse arasında maddi ilişkiyi gerektirir. Bu, cürüm ile fail arasında, maddi sebebiyet bağlantısıdır. Bundan dolayı maddi isnadiyet, cezai mesuliyetin ilk temel şartıdır. b) Cezai mesuliyetin ikinci temel şartı manevi isnadiyettir. Manevi isnadiyet, failin bir fiili suç olduğunu bilerek ve isteyerek işlemesidir. Bu itibarla, manevi isnadiyetin unsurları şuur ve iradedir. c) Kusurluluk. Failin kanuna aykırı bir iradeye sahip olmasıdır. Cezai mesuliyet ancak bu temel şartların bir arada ve aynı zamanda mevcudiyeti halinde kabul olunabilir.”

<sup>10</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 146.

<sup>11</sup> Hafızoğulları, Zeki, “5237 sayılı Türk Ceza Kanununda İsnat Yeteneği”, 1, [www.abchukuk.com/makale309.html](http://www.abchukuk.com/makale309.html), 06.11.2008.

Alman hukukunda ise kusur yeteneği, failin, yaptığı fiilin haksızlığını idrak edebilmesi ve hareketlerini buna göre yönlendirmesi daimi yeteneği olarak anlaşılmaktadır<sup>12</sup>. Alman Ceza Kanununun 20. maddesinde, “kusur ehliyetsizliği”, 21. maddesinde ise “azalmış kusur ehliyeti” düzenlenmiş bulunmaktadır. Bu maddelerde kusur yeteneği kavramına bir tanım getirilmemişse de, kusur yeteneğinin bileşenleri olarak, fiilin hukuka aykırılığını anlama veya bu anlayışa göre hareket etme kabiliyeti belirlenmiştir<sup>13</sup>.

Kusur yeteneğinin nelerden ibaret olduğunun belirlenmesi önemlidir zira ancak bu belirlemeye göre Devlet, kimleri ve hangi sebeple ceza müeyyidesine çarptırabileceğini takdir edebilecektir.

Bizim kanunumuzda, kusur yeteneğinin akıl hastalığı bakımından değerlendirilmesi konusunda, yukarıda da belirtildiği gibi, açık bir tanım yoktur. Fakat TCK m. 32'deki düzenlemeye dayanarak buradan bir tanıma ulaşmak mümkün olabilir. TCK m. 32/1'e göre “Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.” Burada getirilen tanım, seçenekli, olumsuz bir önermedir<sup>14</sup>. Bu önerme ile ulaşılan sonuç, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan VEYA bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği az olan kişinin kusur yeteneği yoktur. Oysa ki, burada “veya” yerine “ve” bağlacının kullanılması daha isabetli olurdu. Zira olumsuz seçenekli önerme, olumlu seçenekli önermeye çevrildiğinde, bir kişinin kusur yeteneğine sahip olduğu sonucuna varmak için “işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılaması” VEYA “davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olması” yeterli olacaktır. Hâlbuki böyle bir sonuca varmak doğru olmayacaktır. Zira kusur yeteneğinin bileşenleri, anlama VE isteme yetenekleri olduğuna göre, bunların ikisinin de bir arada bulunması durumunda kusur yeteneğinin varlığından söz edilebilir. Kusur yeteneğinin varlığı için tek başına anlama yeteneğinin veya tek başına isteme yeteneğinin bulunması yeterli sayılamayacaktır. Bu bakımdan oluşan sakıncayı bertaraf etmek adına, *Hafizoğulları* şöyle bir çözüm önermektedir: Kanundaki ifadenin doğrusu, “Failin, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilir olmaması VE davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde kusur yeteneği yoktur” şeklinde olmalıdır.

<sup>12</sup> Ünver, Yener, “Sebebinde Serbest Hareketler Kuramı”, Prof. Dr. Sahir Erman'a Armağan, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Eğitim, Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı Yayını No:8, İstanbul 1999, 804.

<sup>13</sup> Yenisey, Feridun/Plagemann, Gottfried, “Strafgesetzbuch (StGB) Alman Ceza Kanunu”, Beta Yay., İstanbul 2009, sf. 18 ve 19; Jeschek, Hans-Heinrich, “Alman Ceza Hukukuna Giriş/Kusur İlkesi/Ceza Hukukunun Sınırları (Ulrich Sieber)”, Çev.:Feridun Yenisey, Beta Yay., İstanbul 2007, 38 vd.

<sup>14</sup> Hafizoğulları, 3 vd.

Gerçekten de, kusur yeteneğinden bahsedebilmek için anlama ve isteme yeteneklerinin bir arada bulunması gerektiği kabul edildiğine göre, bunlardan herhangi birinin varlığı halinde kusur yeteneğinin bulunduğu anlamına gelen ifadeler yanlış olur. Her ne kadar amaççı yorum yapılarak bu durum bertaraf edilmeye çalışılsa da, kanunun lafzının da kanunkoyucunun amacına uygun olarak şekillendirilmesi gerekir. Aslında, TCK m. 32/1'in lafzında doğrudan bu yanlış anlamın bulunduğu söylenemez. Fakat yine de *Hafizoğulları*'nın ortaya attığı, olumsuz seçenekli önermenin olumlu seçenekli önermeye çevrilmesi ile ortaya çıkan sakınca, üzerinde düşünülmesi gereken bir tartışma noktasıdır.

### 1.2.1 Kusur Yeteneğinin Esası

Kusur yeteneğinin kapsamı ve ceza sorumluluğunun esası konusunda, farklı görüşler ileri sürülmüştür. Bunlar arasında iki temel görüş, "Klasik Teori" ve "Pozitivist Teori"ye ait görüşlerdir.

Klasik teoriye göre, ceza sorumluluğunun esası kusura dayanmaktadır. İnsanın, kendi sebep olduğu neticeden sorumlu tutulabilmesi için, o neticenin o kişiye isnat edilebiliyor olması gerekmektedir. Isnat edilebilirlikten bahsedilebilmesi için kişinin kusurlu olması, kusurlu olması için de kusurluluğa ehil olması gerekir.

Klasikler, kusurluluğu, manevi-ahlaki bir kavram olarak görürler ve bu kavram "manevi sorumluluk" şeklinde ortaya çıkar. Kişinin kusurlu olması, her şeyden önce kusur işlemeye ehil olmasına bağlıdır. Kusurlu olmaya ehil olabilmek için de, irade serbestliği ve temyiz kudretinin varlığı aranacaktır. Yani, klasik okuldaki anlayışa göre; kusur, failin manevi sorumluluğuna, failin manevi sorumluluğu ise irade serbestliğine dayanır. Bu noktada, "irade serbestliği"nin ne anlama geldiği hususu önem kazanır. İrade serbestliğinden anlaşılması gereken şudur: Fail, işlediği fiilin suç teşkil ettiğini anlayabiliyor fakat iradesini bundan kaçınmaktan yana kullanmıyor. Dolayısıyla, failin fiili ile netice arasında manevi bir bağlantı bulunur. Buna göre, bir başka deyişle irade serbestliği, "bir fiili işlemek veya işlememek hususunda serbestçe karar vermek; bir istek ile bir diğeri arasında serbestçe seçim yapmak" olarak tanımlanabilir<sup>15</sup>. Ceza, bir ödetme olduğuna göre, insanın işlemiş olduğu fiilin bilinçli ve serbest bir nedeni olması gerekir. Suç iradi bir fiildir. Suç kötüdür. İyiyi seçme imkânı varken kötüyü seçen insan, serbest seçiminden sorumludur. Ağır psikişik özürleri olan kişiler ise irade serbestisine sahip değildirler<sup>16</sup>. Nitekim bu teoriye göre, akıl hastası suçluların

---

<sup>15</sup> Dönmezer/Erman, C: I, 63.

<sup>16</sup> Hafizoğulları, 2.



iradeleri serbest olmadığından ve dolayısıyla manevi sorumlulukları bulunmadığından, bu kişilere ceza verilemez ve ceza hukukunun dışında bırakılmaları gerekir<sup>17</sup>.

Pozitivist teoriye göre ise, klasik teorinin kabul ettiği “manevi sorumluluk” kavramı değil, “sosyal sorumluluk” kavramı benimsenmelidir. Pozitivist teori, ceza adaletini her türlü ahlaki temelden soyutlayarak, kusur yeteneğini, nedensellik prensibine bağlanabilen bir sosyal sorumluluğa dayandırmaktadır<sup>18</sup>. “Sosyal sorumluluk” temeline dayanan pozitivist teoriye göre, irade serbestliği fikri, bir hayaldir. Pozitivistlere göre irade serbestliği, temelsiz bir varsayımdır ve bunun bilimsel gerçekliğe uygun olduğu söylenemez. Bu teoriye göre, insan iradesi serbest değildir. İrade, sıkı bir şekilde, içinde cereyan ettiği psişik ve toplumsal nedenlere bağlıdır. Bu durumda artık bireysel sorumluluktan söz edilemez. Esas olan, toplumsal sorumluluk olmalıdır. Toplumsal sorumluluk söz konusu olduğu zaman da, kusur yeteneğine sahip olan kişilerle olmayanlar arasında bir ayırım yapılmasına gerek kalmaz<sup>19</sup>.

Pozitivist teorinin temelinde yatan düşünce şudur: Her canlı gibi, toplum da kendini savunur. Toplumun, kendisine zarar veren fiillere karşı müdahalede bulunma hakkı vardır. Dolayısıyla suç işleyen kişi de, zarar verici fiiline karşı toplumun vereceği tepkilere katlanmak durumundadır. Kişinin, yapmış olduğu fiillerden sorumlu tutulmak bakımından tek bir olanağı vardır; bu da, toplumdan vazgeçmek, toplumdaki yaşayışından çekilmektir<sup>20</sup>. Ceza sorumluluğunun esası bu şekilde kabul edildiğinde, suç işleyen akıl hastalarına uygulanacak hükümler ile suç işleyen akli dengesi yerinde olan kişilere uygulanacak hükümler arasında bir fark kalmadığı izlenimi oluşabilmektedir. Ancak *Ferri*, bu algılayışın doğru olmadığını kanıtlayan bir düşünce ortaya koyarak, burada fiili gerçekleştiren kişinin, yapılan fiilin, failin içinde yaşadığı toplumun özel hal ve şartları sebebiyle bu yaptırımın derecelendirmesinde ve niteliğinde farklılıklar olabileceğini ifade etmiştir<sup>21</sup>. Gerçekten de, pozitivist teoriye göre kusur yeteneğine sahip olanlarla olmayanlar arasında bir ayırım yapılmıyor gibi gözükse de, aslında burada söz konusu olan durum, her insanın, suç işlediğinde, hiçbir ayrıma tabi tutulmaksızın, mutlaka topluma hesap vermesidir<sup>22</sup>. Dolayısıyla, hesap vermenin biçimi bakımından bir ayırım söz konusu olmaktadır.

---

<sup>17</sup> Ünver, Yener, “Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1989, 54.

<sup>18</sup> Dönmezer/Erman, C: I, 88.

<sup>19</sup> Hafizoğulları, 2.

<sup>20</sup> Ünver, 55’ten naklen Dönmezer, Cezai Mesuliyetin Esası, 48.

<sup>21</sup> Ünver, 55.

<sup>22</sup> Hafizoğulları, 2.

Pozitivist teoriye göre ceza, toplumun kendisini korumak için kullandığı basit bir tepkidir. Ceza sorumluluğunun esasını ve ölçüsünü ise, “tehlike hali” ve suç işleyen kişinin topluma uyma kabiliyeti belirler. Tehlike hali bakımından, *Ferri*'nin kullandığı ikili bir ayırım söz konusudur:

- 1) Kendisinde sadece suç işleme tehlikesini bulunduran “sosyal tehlikeli hal”,
- 2) Tekerrür tehlikesini taşıyan “cürmi tehlikeli hal”.

Sosyal tehlikeli hal, suçun önlenmesi aşamasına ilişkindir ve yalnızca kolluğa hitap eder. Ceza hukuku bakımından asıl önemli olan ise, cürmi tehlikeli haldir<sup>23</sup>.

Pozitivistlere göre, toplumun kendisini koruması aracı olarak verilen cezada, belirleyici özellik, “suçlunun kişiliği” olmalıdır. Aksi takdirde, önceden ve peşinen soyut cezalar belirlenmesi, adeta hastayı muayene etmeden ilaç vermek gibidir<sup>24</sup>. Dolayısıyla, pozitivist okul, suçların yalnız ağırlığına ya da önemine göre değil, suçluların kişisel durumlarına, suçun sebep ve saiklerine göre cezaların belirlenmesi yolunda esaslı bir eğilim başlatmıştır. Ayrıca, cezanın “özel önleme” işlevi bakımından da güvenlik tedbirleri kavramının önem arz ettiği de pozitivist okul tarafından ortaya koyulmuştur<sup>25</sup>.

Kısaca eklemek gerekir ki, “tenkitçi pozitivism” adı da verilen Üçüncü Okul, klasik ve pozitivist teoriler arasında yer almış ve daha ziyade pozitivist okulun düşünce yapısına yakınlaşmıştır. Üçüncü okul da irade serbestliğini kabul etmez, deterministtir. Ancak, pozitivist okuldan ayrıldığı noktalar da vardır: Antropolojik teorileri reddeder, “doğuşta suçlu” fikrine karşıdır. Antropolojik sebeplerin mutlaka ve zorunlu olarak suç saiki olduklarını kabul etmeyerek, bunların yalnız suç işlemeye yatkınlık oluşturduğunu, fakat asıl üstünlüğün sosyal sebeplerde olduğu fikrini benimser. Ayrıca bu okul, yalnız biyoloji ve sosyolojiye önem veren bu bilim dallarını ceza hukuku ile karıştıran pozitivist okulu, bu açıdan da eleştirerek bu bilimlerden faydalanmakla beraber, ceza hukukuna üstünlük tanınması gerektiğini ileri sürer. Pozitivist okulun, cezaların etkisizliği fikrine katılmayan üçüncü okula göre, suç ile mücadelede, güvenlik tedbirleri gibi başka bir takım yaptırımların yanı sıra, cezalara da mutlaka yer verilmelidir<sup>26</sup>.

Kimlerin kusur yeteneğine sahip olduğu konusunda, yukarıda aktarılmaya çalışılan klasik okul ve pozitivist okul şeklindeki iki ana görüşün yanı sıra, “Korkabilme”, “Kişiliğe ve Sosyal

---

<sup>23</sup> Ünver, 56’dan naklen Dönmezer/Erman, 75.

<sup>24</sup> Dönmezer/Erman, C:I, 89.

<sup>25</sup> Taner, Tahir, “Ceza Hukuku Umumi Kısım”, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1953, 62 vd.

<sup>26</sup> Taner, 63.

Topluma Uygun Hareket Edebilme”, “Normal Bir Şekilde Belirlenebilme” vb. birtakım bağdaştırıcı akımlar da ileri sürülmüştür<sup>27</sup>.

“Failin normallığı” teorisine göre<sup>28</sup> kusur yeteneği, normal bir şekilde hareket edebilme yetisidir. Dış etkilere karşı normal tepkiler gösterebilen, akli melekeleri sağlam ve gelişmiş olan herkes kusur yeteneğine sahiptir. Bu düşünce, normal insan kavramının belirsiz olması nedeniyle eleştirilmiştir.

“Korkabilme” teorisi, cezanın esasının, insanları korkutmak suretiyle suç işlemekten alıkoymak olduğunu düşünür. Bu sebeple de cezanın korkutucu etkisini hissetmeyen kimselerin (örneğin akıl hastalarının), kusur yeteneğine sahip olmadıklarını ifade eder<sup>29</sup>.

“Kişiliğe uygunluk” teorisine göre, kusur yeteneğinin esası, eylemin, failin kişiliğine uygun olmasıdır. Kişiliğine uygun bir biçimde hareket edebilme imkanını kaybeden bir kişinin kusur yeteneği olamaz. Bu teori ise şu şekilde eleştirilmiştir: Kişiliğine uygun hareket edebilme imkanından yoksun olduğu için kusur yeteneğine sahip bulunmadığı ileri sürülen akıl hastası, aslında hasta kişiliğinin özelliklerine uygun hareketler yapmaktadır<sup>30</sup>.

Fakat tüm bu farklı akımların, bir temel tartışma noktası bulunduğu söylenebilir ki o da, “kusur yeteneğine ahlaki bir temel verip vermemek” şeklinde ortaya çıkar. Bu hususun çözümlenmesi aşamasında, iki ihtimalden bahsedilebilir. Ya, başka türlü hareket edebilecekken etmeyen kişide kusur yeteneği vardır denecek ve bu kişi, başka türlü hareket etmediği için ahlaken kusurlu sayıldıktan sonra cezaen de kusurlu hareket etmeye ehil sayılacaktır. Ya da, “ahlaken kusurlu sayılma” gibi bir durum hiç kabul edilmeyerek, kusur yeteneği bakımından “ahlaki bir kusura ehil olma” şartı aranmayacaktır. Biz, bu konuya ilişkin olarak *Artuk/Gökçen/Yenidünya* tarafından belirtilen görüşe katılmaktayız. Bu görüşe göre, kendisinde akıl hastalığı ya da işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyen herhangi başka bir engel bulunmayan herkes irade özgürlüğüne sahiptir. Bu bakımdan irade özgürlüğünün felsefi değil, psikolojik bir esasa dayandığı kabul edilmelidir. Nitekim toplumsal kurallar da, kavramın felsefi tartışmasına girmeden, belirli durumlar dışında bireylerin irade özgürlüğüne sahip olduğu kuralından hareket etmektedir. Bu anlamda kusur yeteneği, psişik olarak

---

<sup>27</sup> Hafizoğulları, 3 vd.

<sup>28</sup> Dönmezer, Sulhi, “Cezai Sorumluluğun Esası Olarak Failin Normallığı Telakkisi”, İÜHFİM, C:XII, İstanbul 1946, 119-129.

<sup>29</sup> Alacakaptan, Uğur, “Suçun Unsurları”, Ankara 1970, sf. 106, 107; Artuk, Emin/Gökçen, Ahmet/Yenidünya A. Caner, “Ceza Hukuku Genel Hükümler I”, Turhan Kitabevi, Ankara 2006, 623.

<sup>30</sup> Artuk/Gökçen/Yenidünya, 623.

sağlıklı, yetişkin bir kimsenin, belirli bir zamanda belirli bir toplumda geçerli olan kurallara ve değerlere göre eyleminin haksızlık unsurunu taşıdığını anlayabilmesi ve buna uygun hareket edebilmesidir<sup>31</sup>.

Bu konuda, kriminologlar tarafından benimsenmekte olan bir diğer kavram ise, “ceza yeteneği” kavramıdır. Buna göre, suç failinin sorumluluğunu belirlemeye yarayan husus, onun hüküm sırasında verilen müeyyideden yararlanıp yararlanamayacağıdır. Zira ceza müeyyidesi de, meşruiyetini bu müeyyidenin fail üzerinde doğuracağı olumlu sonuçlardan alır. Dolayısıyla, sorumluluk; failin, müeyyidenin yararını anlama, ondan yararlanma yeteneğine göre nisbi bir nitelik taşır. Örneğin bir akıl hastanesinde disiplini bozucu fiillerinden dolayı sorumlu tutulan ve cezalandırılan akıl hastasının, genel toplumda işlediği suçlar bakımından sorumlu tutulmaması söz konusu olabilir<sup>32</sup>.

Yukarıdaki açıklamalardan da görüleceği üzere, kusur yeteneğinin ne gibi temellere dayandırılması konusunda fikir ayrılıkları mevcuttur. Bu konuya Türk doktrininde getirilen yaklaşımlara bakılacak olursa:

*Dönmezer-Erman’a* göre -ki yazarlar eserlerinde “isnad yeteneği” terimini kullanmayı tercih ederler- kusur yeteneği, tamamen hukuki temellere dayandırılmalıdır ve varlığı için kanunun aradığı nitelik ve yeteneklerin sadece hukuki açıdan incelenmesi gerekli ve yeterlidir. Ne determinizmin nedensellik prensibine, ne de irade serbestliğinin bazen sosyal savunmayı zayıflatıcı, toplumu adeta anormallerin hayat alanı haline getirici sonuçlarına sürüklenmeksizin, kusur yeteneğini, sağlam, tartışmadan uzak temellere dayandırmak mümkündür<sup>33</sup>.

Kusur yeteneğinin esasının ne olduğu sorusuna, *Dönmezer-Erman*, kişinin, “hareketlerinin anlamını kavrayabilecek ve bunları yapmayı isteyebilecek durumda olması” ölçütü ile cevap vermektedir. Bu ölçüt, kusur yeteneğinin esası olarak kabul edilirken de, önemli olan iradenin ve zihni melekelerin dış görünüşünün, ortaya çıkış şekillerinin temel alınmasıdır. Yazarlara göre, iradeyi ve zihni melekeleri etkileyen değişik ve derin faktörlerle ilgilenmek, hukukçunun çalışma alanı dışında kalacaktır. Hukukçu, ancak iradenin ve zihni melekelerin oluşu değil, belirişi açısından bir değerlendirme yapabilecektir ve yapmalıdır<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> Artuk/Gökçen/Yenidünya, 623.

<sup>32</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 147.

<sup>33</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 147.

<sup>34</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 148.

Bir kişinin kusur yeteneğine sahip olup olmadığı sorusunun cevabı, nisbi bir nitelik taşır. Zira Bu soru, ancak belirli bir toplumun belirli bir dönemi göz önünde bulundurularak cevaplandırılabilir bir sorudur. Dolayısıyla, genel anlamda kabul edilmesi gereken bir takım durumlar olmalıdır ki bunlar, her toplumda ve her dönemde kusur yeteneğine etkisi olduğu düşünülen durumlardır: Zihni bakımdan hasta olma durumu ve fiziki bakımdan gelişmemiş olma durumu. Bu durumlardaki kişilerin, hastalık ve gelişme derecelerine göre kusur yeteneklerinin kısmen veya tamamen etkilendiği kabul edilmektedir. Nitekim bizim kanun koyucumuz da, hem 765 s. TCK, hem de 5237 s. TCK bakımından, bunu kabul etmiştir. Bu da, kanun koyucunun, ahlaki ve felsefi temellerden uzak durduğunu ve klasik teori tarafından benimsenen “irade serbestliği” görüşünü benimsemediğini ortaya koyar.

Birçok kanun koyucunun artık, hem zihni bakımdan hasta hem de fiziki bakımdan gelişmemiş kişiler bakımından, isteyebilme yeteneğinin hiç olmaması ile kısmen olması halleri arasında bir ayrım yapmaktan kaçınma eğiliminde olduğu söylenebilir. Bu durumda, kısmi akıl hastalarının sınırlı olan isteyebilme yeteneği de büsbütün reddedilmekte ve bunlar hakkında ceza yerine güvenlik tedbirlerine hükmolunmaktadır ki bu, 5237 s. TCK’nın da kısmen kabul ettiği yöntemdir. Küçükler bakımından ise, tamamen eğitici tedbirler öngörülmesi fikri yaygınlaşmaktadır. Bu kişilerin, Ceza Kanunlarından çıkarılarak, Sosyal Savunma Kanunları kapsamı içine alınması daha uygun görülmeye başlamıştır<sup>35</sup>.

Şunu söyleyebiliriz ki, 765 s. TCK’da kusur yeteneği, ahlaki-manevi bir sorumluluk şeklinde değil, anlayabilme ve isteyebilme yeteneği olarak kabul edilmiş bulunmaktaydı. Ayrıca, yine 765 s. TCK m.48/son’da isteyerek sarhoşluk veya uyuşturucu madde kullanılması konusunda istisna getirilmiş olması, kanunun kusur yeteneğine, irade serbestliğini temel almadığını işaret etmektedir. 5237 s. TCK’da da durum bundan farklı değildir; burada da kusur yeteneğinin esasında “irade serbestliği” olduğu kabul edilmemektedir.

Önder ise, “kusur yeterliği” kavramını kullanmaktadır. Yazara göre kusur yeteneğini tanımlayabilmek için, hukuk düzeni “anormal” veya “kusur yeterliği olmayan” kişiler grubu oluşturur. Bu durumda, “kişinin normallliği” üzerinden fikir yürütmek gerekecektir ki, normal kişilerde hangi özelliklerin bulunması gerektiği noktasından hareketle, anormal kişiler tanımlanabilir. Kişinin “normal” sayılması için gerekli ölçütleri, ikiye ayırarak incelemek

---

<sup>35</sup> Hatta, gelişmekte olan bu eğilimi, çok daha eski tarihlerde kanunlaştırmış olan ülkeler vardır. Bunlara örnek olarak, Hollanda’daki 25 Nisan 1925 tarihli “Psikopatlar Hakkındaki Kanun”, Amerika’nın birtakım eyaletlerinde kabul edilen Sosyal Müdafaa Kanunları, 9 Nisan 1930 tarihli Belçika İçtimai Müdafaa Kanunu gösterilebilir. Birleşmiş Milletler’in de, Sosyal Müdafaa Kanunları yapılmasını destekleyen çalışmaları ve bu konu ile ilgilenen ayrı bir seksiyonu olduğu bilinmektedir. (Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafası Mevzuunda Kollokyum, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Sulhi Garan Matbaası, İstanbul 1958, 52.

mümkündür. İlk ölçüt; farik ve mümeyyiz olma ile anlayabilme ve isteyebilmedir. Burada, kişinin hareketinin toplum bakımından değeri veya değersizliği yeterli olacaktır. Bunun mutlaka cezalandırılabilen bir hareket olması gerekmez. İkinci ölçüt ise, gerektiğinde iradesinin isteklerini engelleyebilme yeteneği olarak ortaya çıkan “toplumsal davranabilme yeteneği”dir<sup>36</sup>.

Önceleri, kusur yeteneği, ceza hukukunun merkezi iken bugün genellikle kabul edilen görüşe göre kusur yeteneği, kusurlu hareket edebilmenin bir önşartı niteliğindedir. Yani, kusur yeteneği bulunmayan bir kişi de, hukuka aykırı hareket edebilir. Bir kimse, ceza normunu anlayamaz veya anladığı halde ona uygun hareket edemez ise, bu hareket o kimseye isnat edilemez; kişinin kınanabilirliği olmaz.

Ceza hukuku, pratik sebeplerle her insanda iradenin özgür olduğu düşüncesinden hareket eder. İrade özgürlüğünün ortadan kalktığı durumlar ise istisnaidir ve ceza hukuku, bu durumların ceza sorumluluğuna olan etkisini düzenler. Ceza hukuku, tespit ettiği istisnalar hariç olmak üzere, her kişinin iradesinin serbest olduğunu ve kusur yeteneğine sahip bulunduğunu kabul etmek durumundadır<sup>37</sup>.

Yukarıda da belirtildiği gibi, kusur yeteneği ile bunu azaltan veya ortadan kaldıran haller, bir kural-istisna ilişkisi içerisindedir. İstisnai durumu teşkil eden ve kusur yeteneğini azaltan veya ortadan kaldıran haller, belirli bir şekilde gruplandırılabilir mi? Önder’e göre, önceleri bir ayrıma gidilerek yaş küçüklüğünün anlama yeterliğinin yokluğu, akıl hastalığının ise isteme yeterliğinin yokluğu olarak yorumlanması söz konusu olmakta idi. Bugün ise, ceza hukuku böyle bir ayrıma gitmeksizin, her iki grup için de anlama ve isteme yeteneklerini yok sayar ve bunlardan birinin bulunmaması, kusurun yokluğu için yeterli olur.

Kusur yeteneğine ilişkin olarak, doktrinde süregelen bir tartışmadan da bahsetmekte fayda vardır: “Kusur yeteneği, suçun bir unsuru mudur, değil midir”? Bu tartışmaya, aşağıda “Kusurun biyolojik unsuru”na ilişkin paragrafta yer verilmiştir.

### 1.3 Kusurluluk

“Kusurluluk” kavramı bakımından doktrinde farklı yazarlar farklı kavramlar kullanmayı tercih etmişlerdir. Örneğin, *Dönmezer-Erman*, “kusurluluk”tan ziyade, “manevi unsur” kavramını kullanmayı tercih ederler ve manevi unsuru da, “isnad yeteneği” ve “kusurluluk”

<sup>36</sup> Önder, Ayhan, “Ceza Hukuku Dersleri”, Filiz Kitabevi, İstanbul 1992, 267 vd.

<sup>37</sup> Önder, 270.

olmak üzere ikiye ayırarak incelerler. *Dönmezer-Erman*, manevi unsuru, iradi olmayan bir fiilin, hukuka aykırı olsa bile suç teşkil etmeyecek olması olarak tanımlar. Zira ceza hukukuna egemen olan, iradilik niteliğidir. Kusurluluktan söz edebilmek için; fail, kusurlu bir şekilde hareket etmeye ehil olmalıdır ve hareketin faile isnat edilebilmesi için gerekli kişisel niteliklerin failde bulunması gerekir. Kusurlu bir şekilde hareket etmeye ehil olmayan bir kişinin, belirli bir olayda kusurlu olduğunun söylenemeyeceği yukarıda belirtilmişti.

Dolayısıyla, kusur yeteneği, manevi unsurun, faile ilişkin olan kısmını oluştururken, “kusurluluk” ise fiile ilişkin olan kısmını oluşturur. Bu şekilde bir ayrıma gidilmesinin sebebi, soyut ve prensip olarak kusur yeteneğini haiz bir kişinin belirli bir fiil bakımından hareketlerinden cezaen sorumlu olmayabileceğidir. Burada akla ilk gelen örnek, fiili hataya düşen kişi olmaktadır. Gerçekten de, kusur yeteneğine sahip olan bir kişi fiili hataya düşmüş ise, bu kişinin fiili hem tipe uygun, hem hukuka aykırı ve hem de kendisine isnat edilebilir haldedir. Fakat bu kişinin cezaen sorumlu olması düşünülemez. Dolayısıyla, “anlamak ve istemek yeteneği”, hukuki işlemlerdeki medeni hakları kullanma ehliyetine benzetilecek olursa, “fiildeki şuur ve irade” de, her bir işlemdeki irade beyanına benzetilebilir. Yani, kusur yeteneği, bir kişide soyut ve genel olarak bulunması gereken bir özellik iken, kusurluluk ise, bir kişinin belirli bir fiili açısından söz konusu olabilmektedir. Zira kusur yeteneğine sahip olmayan bir kişi, belirli bir olayda kusurlu davranabilirken; kusur yeteneğine sahip olan bir kişi de, belirli bir olayda kusurlu olmayabilir. Bu fikirden hareketle, *Dönmezer-Erman*, kusur yeteneğinin aslında suçun değil de suçlunun bir özelliği olması dolayısıyla, “suçlu” bölümünde incelenmesinin belki de daha uygun olacağını belirtmekle birlikte; yine de kusurluluk ile sıkı sıkıya bağlı bulunduğu için manevi unsur içinde incelenmesinin daha uygun olduğunu ifade etmişlerdir.

*Önder*, “kusurluluk” kavramını kullanmakta ve bunu şu şekilde açıklamaktadır:

*“Suçun objektif unsurları olan tipiklik ve hukuka aykırılığın, bu unsurları gerçekleştiren fail ile olan ilişkisi”*. Bir başka ifade ile kusurluluk; failin, hukuka uygun hareket edebilme imkânına sahip olduğu halde, hukuka aykırı bir davranışı seçmiş ve gerçekleştirmiş olması sebebiyle bu fiilin ona yüklenebilmesi ve kınanabilmesi<sup>38</sup> olarak tanımlanabilir.

Burada, cevaplandırılması gereken iki soru vardır:

- 1) Kimler kusurlu hareket edebilir?
- 2) Gerçekleşen fiilde, failine yüklenmesi mümkün kusur var mıdır?

Bu iki sorunun birbirinden ayrılarak cevaplandırılması mümkün değildir, zira *Önder* de *Dönmezer-Erman* gibi, kusur yeteneğinin, olayla ilgili olarak kusurluluk bakımından verilecek hükmün bir önşartı olduğu görüşündedir.

---

<sup>38</sup> *Önder*, Ayhan, 267 vd.

“Kusur” söz konusu olduğunda *Önder’e göre*, karşımıza çıkan üç soru vardır:

*1) Kusur, ahlaki midir yoksa hukuki midir?*

Ceza hukuku anlamında kusur için, tespit edilmiş bir ceza normu bakımından failin kusurlu olduğu ve yine bu norm bakımından kınanabilirliğin açıklanması gereklidir.

Ahlaki kusur, ancak cezai kusurun bulunmadığı yerde var olabilir. Zira norma uygun hareket, ahlaka aykırı olamazken, bunun tam tersi mümkün olabilmektedir. Ahlaki düzen ile hukuki düzen çoğu zaman birleşmeler de, ikisi arasında her zaman farklar da mevcuttur. Ortak nokta, failin başka türlü hareket edebilme imkânına sahip bulunmasıdır.

Hukuk düzeni, kişi tarafından ahlaki norm olarak kabul edilmese dahi, mutlaka bağlayıcıdır. Cezai kusurun tespiti, bir mahkeme önünde ve belirli bir usule göre yapılırken; ahlaki kusurun tespiti tamamen insan vicdanı ile alakalı bir durumdur.

*2) Kusur, fiil kusuru mudur yoksa yaşam kusuru mudur?*

Ceza hukukunda fiil kusuru esastır. Kusurun tespitinde temel alınan, failin gerçekleştirdiği fiil ile olan manevi ilişkisidir. Bu ilişkinin belirlenmesinde, failin hangi hareketi yaptığı, bu hareket sebebiyle kınanabilir olup olmadığı, bu hareketin failine yüklenebilir olup olmadığı gibi sorular üzerinden hareket edilir.

Ceza hukuku, ancak fiil kusuru üzerine kurulabilir. Ancak, cezanın tayini ve bireyselleştirilmesi aşamasında failin yaşam kusuru da göz önünde tutulabilir ve tutulmaktadır da.

*3) Kusur kurah ve irade özgürlüğü arasındaki ilişki nasıldır?*

TCK, bazı istisnalar dışında kusur prensibini kabul eder. Fail, kusuru yoksa cezalandırılmaz; ceza, kusur ile orantılıdır. Kusurluluktan söz edebilmek için, kişinin kusurlu hareket edebilme imkânına sahip olup olmadığına bakılır. Bu noktada “irade özgür müdür?” sorusu karşımıza çıkmaktadır. İrade özgürlüğü, “Gerçekleşen bir şeye karşı koyabilmek veya bunun karşısında değişik şekillerde hareket edebilme yeteneği” olarak tanımlanabilir. Bu tanım karşısında, insan iradesinin bazı etkilere bağlı olarak oluştuğu kabul edilse dahi, yine de özgür iradeden söz edilebilir mi? Bu sorunun cevabını, deterministler ve indeterministler farklı şekillerde cevaplamışlardır. Deterministlere göre, “Fail nasıl hareket etmişse öyle hareket etmek zorunda idi”. İndeterministlere göre ise, “Fail, başka türlü hareket edebilme imkân ve iktidarına sahipti”.

Kusur kavramının yapısına bakıldığında, *Önder* bunun üç ayrı hükmü gerektirdiğini ve kusurdan söz edebilmek için bunların hepsinin bir arada bulunması gerektiğini savunur. Bunlar, kusurda biyolojik unsur, kusurda psikolojik unsur ve kusurda normatif unsurdur.



Kusurda biyolojik unsur dendiğinde, yukarıda da muhtelif yerlerde bahsi geçen “kusur yeteneği kusurda bir önşart mıdır yoksa unsur mudur?” tartışması karşımıza çıkmaktadır. Burada, Önder de, Dönmezer-Erman’ın yorumuna benzer bir şekilde, bu tartışmaların tamamen önşart ve unsur kelimelerine verilen anlamla ilgili olduğunu söyler<sup>39</sup>. Kusurun önşartı, aynı zamanda onun unsurudur. Bu tartışma, “Kusur yeteneği, suçun bir unsuru mudur, değil midir?” sorusunun bir uzantısı şeklinde ortaya çıkmaktadır. Kusurluluğun genelde normatif anlayışını kabul edenler, kusur yeteneğinin, suçun bir unsuru olan kusurluluğun içinde olduğunu ve kusurluluğun ön şartını oluşturduğu ileri sürmektedirler. Bu görüş şu şekilde eleştirilmektedir: Madem ki anlama ve isteme yeteneğinden yoksun olan bir kimse de kast ve taksirle hareket edebilmektedir, kusur yeteneği, kusurluluğun bir unsuru ya da önşartı olamaz<sup>40</sup>. Buna karşılık, kusur yeteneğini, suçun unsurlarından olan kusurluluğun bir önşartı olarak görmeyen bir görüş de mevcuttur. Bu görüşe göre, kusur yeteneği, failin bir durumu olarak algılanmaktadır.

*Hafizoğulları* ise, kanunun sistematığına bakıldığında kusur yeteneğinin, kusurluluğun bir önşartı olarak mı yoksa failin bir niteliği olarak mı görülmesi gerektiği yönünde açık bir işaret olmadığını ifade eder. Yazara göre, kusur yeteneği, ceza müeyyidesinin muhatabı kılınabilmesi için, suçun failinde bulunması gereken zorunlu bir niteliktir:

*“...İsnat yeteneği, kanunun suç saydığı bir fiili işleyen bir kimseye ceza müeyyidesini uygulayabilmenin zorunlu koşuludur. Bundan ötürü, isnat yeteneğinin yokluğu, sadece ceza müeyyidesinden muafiyetin kişisel bir nedenini oluşturmaktadır. Bu bağlamda, isnat yeteneğinin yokluğu halinde kişinin ceza müeyyidesinden muaf olması demek, isnat yeteneğinden yoksun kimselerin...bir ceza müeyyidesi ile karşılaşmamasına rağmen, fiilin suç oluşturması, dolayısıyla bu kişilerin suç faili olmaları demektir.”*

Görüldüğü gibi yazar, sonuç itibarıyla kusur yeteneği bulunmayan kişilerin fiillerinin de suç oluşturduğunu ve kusur yeteneği yoksunluğunun yalnızca hükmedilecek cezanın niteliğinde bir etkisi olduğunu; bu sebeple de kusur yeteneğinin, tamamen faile ilişkin bir nitelik olduğunu öne sürmektedir.

Kusurda psikolojik unsur, kusur yeteneğine sahip olan kişinin, tipe uygun ve hukuka aykırı hareketi manevi âlemi içinde gerçekleştirmiş olması, buna katılmış olması gereğini ifade

---

<sup>39</sup> Önder, 267 vd.

<sup>40</sup> Hafizoğulları, 5.

eder. Bu katılım, isteme şeklinde gerçekleşmişse kasttan, gereken özeni göstermeme şeklinde gerçekleşmişse taksirden söz edilecektir.

Kusurda normatif unsur, kişinin hukuka uygun hareket edebilmesinin kendisinden beklenebilmesi gerekliliğini ifade eder. Hukuk düzeni, yapılması beklenmeyeni kişiden istemez.

## **2. Kusur Yeteneği, Kusurluluk Ve Sorumluluk Kavramları Arasındaki İlişki**

Kusur yeteneği, kusurluluk ve sorumluluk, birbirleriyle sıkı şekilde ilişki içerisinde olan ve adeta birbiri ile iç içe geçmiş kavramlardır. Bu bakımdan, bunların birbirlerinden ne şekilde ayırt edileceğini saptamak kolay değildir. Bu kavramlardan her birinin tanımı yukarıda yapılmış ise de, burada söz konusu ayrımı ve karşılaştırmayı yapabilmek adına, tanımların tekrarlanması fayda vardır.

*Kusur yeteneği:* Bir fiilin bir kimseye yüklenebilmesi için kişide bulunması gereken niteliklerin bütünü, failin kusurlu bir şekilde hareket etmeye ehil olması.

*Kusurluluk:* Failin, somut bir olay bakımından kusurlu bir şekilde hareket etmiş bulunması. Hukuka aykırı fiili gerçekleştiren kişiye, bu fiilin isnat edilebilmesi.

*Sorumluluk:* Kusur yeteneğine sahip olup da bir suç işlemiş bulunan kimse ile Devlet arasında kurulan ceza ilişkisinin sonucu olarak, failin suç işlemesi sonrasında birtakım yükümlere tabi olması<sup>41</sup>.

Bu tanımlar ışığında, kusur yeteneği, kusurluluk ve sorumluluk kavramları arasındaki ilişki değerlendirilecek olursa, her şeyden önce bunların arasında kronolojik bir sıralama olduğundan söz edilebilir. Zira görülüyor ki, “kusurluluk”, tanımı içerisinde kusur yeteneği kavramını; “sorumluluk” ise, hem kusur yeteneği hem de kusurluluk kavramlarını içermektedir. Bu durumda, kusurluluğun tespitinden önce kusur yeteneğinin, sorumluluğun tespitinden önce de kusurluluğun belirlenmesi gerekecektir. Dolayısıyla, bir kimsenin belirli bir fiil bakımından sorumluluğuna gidebilmek için, önce kusur yeteneği sonra kusurluluk araştırması yapılacaktır. Sözü edilen kronolojik sıralama şu şekilde ortaya çıkmaktadır: Kusur yeteneği, kusurluluk, sorumluluk.

Kural olarak, kusurlu bir şekilde hareket etmeye ehil olmayan bir kişinin, belirli bir olayda kusurlu olduğu söylenemez. Bu sebeptir ki, kusur yeteneği ile sorumluluk arasındaki ilişki,

---

<sup>41</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 145.

bir sebep-sonuç ilişkisi gibidir. Zira kusur yeteneği, bir kişinin belirli bir neticeyi meydana getirebilecek durumda olması iken, sorumluluk da aynı kişinin gerçekleşen neticeden dolayı zararı tazmin etmek veya cezaya çarptırılmak zorunda olmasıdır.

Kanunun suç saydığı bir fiilden dolayı bir şahsın cezalandırılabilmesi için, onun sorumlu olması gerekir. Cezai sorumluluk, bir kişinin, ceza hukuku bakımından ehliyeteye sahip olması ve suçun kendisine isnat edilebilmesi hallerinde vardır. Kişinin ehliyeti haiz olması ise, kişinin iradesinin serbest olmasına ve temyiz kudretinin bulunmasına bağlıdır. Bir fiilin bir kişiye isnat edilebilmesi ise, o kişinin fiili ile ortaya çıkan sonuç arasında maddi illiyet bağının bulunması ve kişi ile fiil arasında manevi illiyet bağının bulunması yani, failin kusurunun mevcut olması ile olur<sup>42</sup>.

Ceza hukukunda genellikle kabul edilen anlayış, kusur yeteneğinin, kusurluluğun bir önşartı olduğu, bu önşart olmadan kusurluluğun da olamayacağı yönündedir. Öte yandan, sınırlı şekilde de olsa, TCK'da güvenlik tedbirlerine yer verilmiş olması, kusur yeteneği ile kusurluluk arasında bir ayırım yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Zira, kusur yeteneği ile kusurluluk arasında bir ayırım yapılmadığı zaman, kusur yeteneği bulunmayan bir kişinin kusurlu olabilmesi hiçbir zaman mümkün olmayacaktır. Bu ise, kendisine güvenlik tedbiri uygulanması gerekenlerin, işlemiş oldukları fiillerde kusurlu olup olmadıklarının araştırılmaması gibi sakıncalı bir sonuç doğurabilecektir. Hâlbuki güvenlik tedbirinin uygulanmasında kişinin işlediği fiil bakımından kusurlu olup olmadığına bakmamak, hak etmeyen kişiye tedbir uygulanmasına yol açacaktır<sup>43</sup>. Aşağıdaki bahislerde de görüleceği üzere, her durumda kusur yeteneğini ortadan kaldıran akıl hastalığı, yok denecek kadar azdır. Dolayısıyla, kusur yeteneğinin, mutlak bir şekilde kusurluluğun önşartı olduğunu söylemek doğru olmaz. Kişinin her bir fiili açısından kusur yeteneğinin durumu ve dolayısıyla da kusurluluğu, farklılık gösterebilecektir. Kusurun, failin fiilinden ayrı olarak belirlenmesi olanaksızdır. Failin suç oluşturan davranışı, onun bütün yaşamı ile karşılaştırıldığında geçici, tesadüfi ve istisnai olabilir; fakat bu durum onun kusurlu sayılması için yeterlidir. Aynı şekilde, geçmişi bakımından kötü ve ahlak dışı nitelik gösteren ve hatta geçmişinde başka suçlar işleyen failin somut olaydaki kusuru bakımından geçmişinde dayanılmaz<sup>44</sup>.

Kusur yeteneği, kusurluluk ve sorumluluk kavramlarının birbirleri ile olan ilişkisi ve bağlantısı hususunda *Ünver* de, birçok yazardan farklı bir görüşe sahiptir. Yukarıda da değinildiği gibi, yazarların büyük çoğunluğu, kusur yeteneğinin, kusurluluğun bir önşartı

<sup>42</sup> Taner, 301 vd.

<sup>43</sup> Ersoy, Yüksel, "Ceza Hukuku Genel Hükümler", İmaj Yayıncılık, Ankara 2002, 140.

<sup>44</sup> Öztürk, Bahri/Erdem, Musafa Ruhan/Özbek, Veli Özer, "Ceza Hukuku ve Emniyet Tedbirleri Hukuku", Seçkin Yay., Ankara 2001, 194.

veya unsuru olduğu düşüncesindedirler. Ünver'e göre ise, "daha çok sorumluluk alanıyla ilişkili kusur yeteneği, ülkemizde çoğunlukla savunulan düşüncenin aksine, kusurlu davranabilmenin, özellikle de ülkemizde anlaşıldığı gibi kasten veya taksirle hareket edebilmenin bir önkoşulu değildir". Kusur yeteneği tamamen ortadan kalkan veya önemli derecede azalan bir kimse de kasten veya taksirle davranabilir. Kusur, bir kimseye işlediği suç dolayısıyla ceza vermek için zorunlu ise de; kusur ve kusur yeteneğinin bulunmaması, eylemin suç tipine ilişkin kast veya taksirle gerçekleştirilmesi kaydı ile, emniyet tedbiri uygulamasını engellemez. Bu nedenle de, tam veya kısmi akıl hastasının, yaşı 11 veya 18 yaşından küçük kimselerin, 15 yaşından küçük veya diğer yaştaki sağır-dilsizlerin veyahut geçici bir nedenle kusur yeteneği kalkmış veya önemli derecede azalmış kimselerin kasten veya taksirle hareket edemeyeceklerini söylemek ve bunların bir suç işlemeyecekleri sonucuna ulaşmak hukuken hatalı bir yargıdır. Bunların belki de kasten veya taksirle hareket ettikleri ve fakat tamamen veya kısmen kusurlu hareket etmediklerini ifade etmek suretiyle, esasında sorumluluk (yaptırım uygulaması) hukukunun bir temel önşartı olan kusur yeteneğinin tamamen veya kısmen yoksun olduklarını ifade etmek daha yerindedir<sup>45</sup>.

Görüldüğü gibi, Ünver, kusur yeteneği, kusurluluk ve sorumluluk kavramları arasındaki ilişkiye daha farklı bir bakış açısı getirmektedir. Çoğunlukla, kusur yeteneği, kusurluluğun bir önşartı olarak kabul edilirken, Ünver, kusur yeteneğinin aslında kusurluluğun değil de sorumluluğun bir önşartı niteliğinde olduğu görüşünü ortaya koymaktadır. Zira yazara göre, kusur yeteneği bulunmayan veya önemli ölçüde azalmış olan kişilerin de kusurlu hareket edebilmeleri mümkündür. Bu sebeple de kusur yeteneği, kusurluluk için mutlaka aranması gereken bir şart olmaktan çıkmaktadır. Buna örnek olarak, yazar şu durumu göstermektedir:

*"..Tıpta 'takıntı bozuklukları' diye adlandırılan ve kişiyi sadece belirli durumlarda belirli davranışlara zorlayan (kleptomania, pyromania vs.) bazı akıl hastalarının bu alan dışındaki sorumluluklarını kabul etmek hatta hastalığın ilişkin olduğu davranışla aynı zamanda (eşzamanlı olarak) başka bir tipik eylemin gerçekleştirilmesi halinde, takıntılı olduğu davranıştan sorumlu tutulmayıp diğer eyleminden ceza sorumluluğuna gidilmesi, bunların da kasten ve taksirle hareket ettiklerini ve eylemlerinin suç teşkil ettiğini ve fakat 'sorumluluk ehliyetleri' olmadığı için cezalandırılmadıklarını ve gerekirse haklarında emniyet tedbiri uygulandığını gösterir"<sup>46</sup>.*

---

<sup>45</sup> Ünver, 867.

<sup>46</sup> Ünver, 867.

### 3. Kusur Yeteneğinin Aranacağı Zaman: *Actiones Liberae In Causa* (ALIC) – Sebepinde Serbest Olan Hareketler Teorisi

#### 3.1 Genel Olarak

“Kusur yeteneğinin aranacağı zaman” ibaresi, kusur yeteneğini oluşturan anlayabilme ve isteyebilme yeteneklerinin failde ne zaman bulunması gerektiği sorusunun cevabına ilişkindir. Kusur yeteneği bulunduğu takdirde ve o anda; fail, ceza ilişkisinin tarafı olur, o anda yürürlükte olan kanun uygulanır, failin kişiliği ve sorumluluğunun bulunup bulunmadığı bu ana göre tespit edilir. Ancak öyle birtakım durumlar olabilir ki, fail, kendisinde kusur yeteneği varken suç icrasına karar vermiş ve sonradan sorumluluktan kurtulmak için bilerek ve isteyerek fiilin icrası sırasında kusur yeteneğini yok etmiş olabilir. Örneğin, bir yere bir zaman sonra patlayacak saatli bir bomba yerleştiren kişinin, bombanın patlaması sırasında uykuya dalmış bulunması gibi<sup>47</sup>. ALIC kuralı, temel olarak bu durumlara ilişkindir.

Kusur yeteneğinin aranacağı zaman, “fiilin işlendiği zaman”dır. TCK m. 31, 32, 33 ve 34’te “fili işlediği sırada” (765 s. TCK m. 46, 47, 48, 53, 54, 55, 57 ve 58’de ise “fili işlediği zaman”) denilmek suretiyle kusur yeteneğinin aranacağı zaman belirtilmiştir. Dolayısıyla eğer fail, hareketi yaptığı sırada onun anlam ve sonucunu idrak edebilme yeteneğine sahip değilse, bu durum dikkate alınacaktır<sup>48</sup>. Bu konuda, ani suçlar bakımından herhangi bir sorun yoktur. Çünkü bu gibi suçlarda hareket ile netice aynı zamanda meydana gelmiş bulunacağı için, suçun işlenme zamanını tayinde zorluk çekilmez: Hareketin yapıldığı an, suçun işlendiği andır. Bu sebeple, bu tür suçlarda kusur yeteneğinin aranacağı zaman, hareketin yapıldığı andır.

Suçun hareket unsurunun yapılmasından kısa veya uzun bir süre geçtikten sonra sonuç meydana gelmişse, suçun ne zaman işlenmiş sayılacağıın tayini bir problemdir<sup>49</sup>. Suçun tamamlanması için neticenin gerçekleşmesinin şart koşulduğu suçlar bakımından, suçun işlendiği an, suç sonucunun meydana geldiği andır. Dolayısıyla burada kusur yeteneğinin aranacağı zaman da değişir. Hareketin yapıldığı anda henüz suç işlenmiş sayılmadığına göre, kusur yeteneğinin aranacağı zaman da, neticenin meydana geldiği zaman olacaktır.

---

<sup>47</sup> Dönmezer, Sulhi, “Genel Ceza Hukuku Dersleri”, Bahçeşehir Üniversitesi Yay., İstanbul 2003, 185.

<sup>48</sup> Demirbaş, 307.

<sup>49</sup> Dönmezer/Erman, C: I, 223.

Mütemadi, müteselsil ve itiyadi suçlarda ise, kusur yeteneğinin aranacağı zaman, temadi ve teselsülün sona erdiği ve itiyadi suçu oluşturan son hareketin yapıldığı andır. Bu durumda şöyle bir sorunun ortaya çıkması muhtemeldir: Temadiyi veya teselsülü oluşturan ilk fiilin yapıldığı sırada herhangi bir akıl hastalığı bulunmayan bir kişinin, temadinin veya teselsülün sona erdiği son hareketin yapıldığı anda akıl sağlığı yerinde olmayabilir veya herhangi bir geçici neden ortaya çıkmış olabilir. Bu durumda ne yapmak gerekir? Kişiyi akıl hastalarına özgü hükümlerden yine de yararlandırmak gerekir mi? Ya da tam tersi durumu düşünecek olursak; kişinin ilk fiili işlediği sırada bir akıl hastalığı bulunuyor fakat temadinin veya teselsülün sona erdiği son hareketin yapıldığı sırada herhangi bir akıl hastalığı bulunmuyorsa, ona kusur yeteneğini haiz bir kişiye uygulanan hükümler mi uygulanacaktır? Mütemadi ve müteselsil suçlarda, temadi ve teselsülün bittiği an nazara alınacağına göre; müteselsil veya mütemadi suçu oluşturan suçlardan birkaçı işlendikten sonra iyileşen bir kimsenin tekrar bir suç işlemesi durumunda bu suçtan dolayı sorumluluğu tamdır<sup>50</sup>.

Bu soruların cevabına, *Roxin*'in “kastlı bir fiilden sorumluluk için fiilin tüm icra aşamasında kusur yeteneğinin bulunmasının zorunlu olarak gerekmediği” şeklindeki görüşü ile de cevap verilebilir. Yazara göre, kastlı bir suçtan sorumluluk için, failin sorumluluğunu gerektiren, fiilin icrasına başlarken kusur yeteneğinin var olmasıdır. Yani fail, teşebbüse başlarken kusur yeteneğine sahip olmalıdır. Teşebbüs başlangıcında bu yeteneğe sahip ise, daha sonra fiilin icrası sırasında bu yeteneğini kaybetse dahi bu suçtan sorumlu olacaktır<sup>51</sup>. Bu düşünce biçimi, yukarıda sorulan mütemadi ve müteselsil suçlardaki ALIC durumuna ilişkin sorular cevaplanırken de benimsenebilir. Dolayısıyla, failin ilk fiili gerçekleştirdiği sırada kusur yeteneğine sahip bulunması, onun söz konusu suçtan sorumlu tutulması için yeterli sayılacak, temadiyi veya teselsülü oluşturan daha sonraki hareketler bakımından fail kusur yeteneğini yitirmiş olsa dahi, bu durum onun bu suçtan sorumluluğuna etki etmeyecektir. Bu durumda, tersi ihtimalde ise, yani ilk hareket yapıldığında kusur yeteneğini haiz bulunmamakla birlikte sonraki hareketler sırasında bunu geri kazanan fail bakımından ise, akıl hastalarına özgü hükümlerin uygulanması söz konusu olmayacaktır. İlk fiili gerçekleştirdiği sırada bir akıl hastalığı bulunan faile, akıl hastalarına özgü hükümler uygulanacaktır. Zira fail, mütemadi veya müteselsil suçu oluşturan ilk hareketi yaptığı sırada, yani suçla korunan hukuki yararı ilk ihlal ettiği sırada, yaptığı fiilin anlam ve sonuçlarını kavrayabilecek durumda değildir. Bu durumda değil iken suçu işlemeye başlamıştır. Fakat bu noktada, *Roxin*'in teşebbüse ilişkin görüşünün tam anlamıyla bu duruma uygulanamayabileceği düşünülebilir. Zira kişi tipe uygun ve hukuka aykırı ilk hareketi

---

<sup>50</sup> Özkan, Mustafa / Hakeri, Hakan, “Ceza Hukuku ve Ruhsal Bozukluklar”, [http://www.akader.net/KHUKA/2\\_98\\_ekim/ceza\\_hukuku\\_ve\\_ruhsal.htm](http://www.akader.net/KHUKA/2_98_ekim/ceza_hukuku_ve_ruhsal.htm), 03.07.2009, 10.

<sup>51</sup> Ünver, 842.

yaptığında, her ne kadar kusur yeteneğine sahip değilse de, sonradan (örneğin geçici nedenin ortadan kalkması, vb. bir durumda) kusur yeteneğini kazanırsa, özellikle de kusur yeteneğine ahlaki bir anlam veren klasik görüş ekseninde düşünülürse, kişiyi yine de bu fiillerinden sorumlu tutmak gerekebilir. Çünkü kişi, kusur yeteneğini geri kazandıktan sonra o ana kadar yapmış olduğu fiillerin haksızlık oluşturduğunu anladıktan sonra yine de aynı fiilleri gerçekleştirmeye devam etmektedir.

### **3.2 ALIC Kuralına Başvurulmasının Amacı**

ALIC kuralının koyulmuş olmasındaki amaç, fiili işlediği sırada kusur yeteneğinin bulunmadığını sonradan ileri süren kişilerin olabilmesidir. Bu kişiler çoğunlukla suç işleyebilmek amacıyla ve bilinçli olarak kendilerini kusur yeteneğinden yoksun hale getirirler. Böylece, kusur yeteneğinin psikolojik frenlerinden kurtulmuş olurlar ve bunu da sonradan mazeret olarak kullanırlar<sup>52</sup>. Burada fail, bir başkası yerine kendisini suç aleti konumuna sokarak suç işlemektedir. Kanun, cebir ve şiddet veya muhakkak ve ağır bir korkutma veya tehdit ile bir başkasına suç işleyen kişi (TCK m. 28) ve suçun işlenmesinde bir başkasını araç olarak kullanan kişiye (TCK m. 37/2) ilişkin açık düzenlemeler getirmiş ve bu durumlarda, kullananı cezalandırmıştır. Suç işlemek için kendisini suç aracı haline getiren kişinin durumu ise kanunda düzenlenmemiştir<sup>53</sup>.

İşte bu durumun önüne geçilebilmesi amacıyla ALIC kuralı öngörülmüştür. Zira bu gibi durumlar söz konusu olduğunda fiilin işlendiği zamandaki kusur yeteneğine bakılırsa, bu kişilerin cezalandırılması mümkün olmayacaktır. Bu ise, adalete ve sosyal yararlaraya aykırı, kişilerin hukuk düzenine olan güvenini sarsan bir durum olacaktır. Görüldüğü gibi, failin bizzat kendi kusur yeteneğini tamamen veya önemli ölçüde ortadan kaldırması ve bu durumda iken suç işlemesi durumu, ceza yargısı bakımından bir ikilem oluşturmaktadır. Zira bir tarafta “ceza sorumluluğunun şahsiliği” ve “fiil ceza hukuku sistemi”nin, kusur ilkesinin gereği olarak fiilin icra edildiği anda mevcut kusur yeteneğini gerektirmesi söz konusu iken; diğer tarafta ise, failin bizzat kendi hareketi ile kusur yeteneksizliği şeklinde bir mazeret sebebi yaratması “hukuk inanç ve hissiyatı” ve özellikle bireyin “güvenlik ihtiyacı” ile çelişir<sup>54</sup>. Dolayısıyla, bu gibi “yaratılmış” kusur yeteneğinden yoksunluk halleri için farklı ölçütlere başvurulması yoluna gidilmiştir.

---

<sup>52</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 153.

<sup>53</sup> Hafizoğulları, 5 vd.

<sup>54</sup> Ünver, 801.

### 3.3 ALIC Kuralına İlişkin Tartışmalı Durumlar

ALIC kuralına ilişkin olarak birçok tartışma söz konusudur. Bunlardan bazıları; kusurluluk olarak kişinin sarhoşken yaptığı eylemle arasındaki ilişkinin mi yoksa kendisini sarhoş hale getirmesi eylemi ile arasındaki ilişkinin mi esas alınacağı, tamamen sarhoş halde iken kusurlu olarak hareket etmenin mümkün olup olmadığı, tamamen sarhoş halde iken kusurlu davranabilmenin kabul edilmemesi durumunda, kusur yeteneksizliğine rağmen kişinin cezalandırılmasının ceza hukuku ilkeleri ile çelişebileceği, düzenlenecek bir suç tipi ile sarhoş olmanın belirli koşullarda cezalandırılmasının yanı sıra ayrıca o durumda iken işlenen eylemlerin bir haksızlık olarak sayılıp sayılmayacağı olarak sıralanabilir<sup>55</sup>.

ALIC kuralı gereğince, fiilin işlendiği ana bakılmaktan vazgeçilerek, failin kendisini kusur yeteneğinden yoksun hale getirdiği ana bakılır. Bu sırada fail kusur yeteneğine sahip ise, suçun işlendiği sırada serbest olmayan hareket, kusur yeteneğinden yoksun hale gelme anında serbest sayılır. Failde o anda kusur yeteneğinin bulunması, kusurluluğun ve sorumluluğun kabulü için yeterli görülür.

ALIC kuralı gereğince birtakım farklı ölçütler getirilmiş olması, bazı yazarlar tarafından eleştirilmiş ve hatta gereksiz bulunmuştur. Çünkü onlara göre, suç işlemek maksadıyla kendini kusur yeteneğinden yoksun hale getiren kişinin bu fiili zaten işlemeyi amaçladığı suç bakımından icraya başlama sayılır ve böylece zaten kişi kusurlu ve sorumlu olur<sup>56</sup>. Dolayısıyla da ALIC gibi ayrı bir uygulama getirmenin bir manası yoktur. Bu fikri kabul etmek mümkün görünmemektedir çünkü kişinin sadece kendisini kusur yeteneğinden yoksun hale getirmesini, herhangi bir suç bakımından icraya başlama olarak kabul etmeye imkân yoktur. Bu, ceza hukukunun sınırlarının fazlaca genişletilmesi sonucunu doğran bir kabul olur. İcra hareketlerine, kusur yeteneğinden yoksun hale gelindikten sonra başlanacaktır.

ALIC fikrini tamamen reddeden görüşler de vardır. Bu görüşler üç grupta toplanabilir. Birincisine göre; kast, hareketin yapılması anında aranır. Kendini kusur yeteneğinden yoksun hale getiren kişide ise kast bulunamaz. İkincisine göre; önceden suç işlemeyi kararlaştırıp sarhoş olan bir kişinin suç işlemesine maddeten imkân yoktur. İşliyorsa da bu tamamen tesadüften ibarettir. Üçüncü görüşe göre ise; yalnızca niyetin cezalandırılması mümkün değildir. Kusur yeteneğinin bulunmadığı bir anda işlenen fiilde manevi unsur oluşmayacaktır<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> Ünver, 805, 806.

<sup>56</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 155.

<sup>57</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 154, dn. 33.



ALIC kuralının varlığına itiraz etmemekle birlikte, buna verilen anlam bakımından da aralarında uyuşmazlık bulunan yazarlar olduğu görülmektedir. Bazı yazarlar, kendisini kusur yeteneğinden yoksun hale getiren kişinin, bunu ne amaçla yaptığının ve işlediği suçun kusurluluk derecesinin araştırılmasına gerek olmadığını söylerler. Bunlar araştırılmaksızın ALIC uygulanmalı ve kusur yeteneğinin daima var olduğu kabul edilmelidir. Bu yazarlara göre, kusur yeteneğinden yoksun hale gelmede ve suçu işlemede kasıtlı veya taksirli olmanın bir önemi yoktur. Dolayısıyla da kasıtlı ALIC / taksirli ALIC gibi bir ayrıma gitmeye gerek yoktur. Diğer bazı yazarlara göre ise, bir kimsenin taksirle kendini kusur yeteneğinden yoksun hale getirmesi durumunda, bu durum suç işlemek amacıyla yaratılmamış da olabilir ve başka bir amacın güdülmüş olması muhtemeldir. Bu sebeple ALIC, yalnızca kasten kusur yeteneğinden yoksun hale gelme durumunda uygulanmalıdır.

### **3.4 ALIC Kuralının Uygulanabilmesi için Gereken Şartlar ve Kasti ALIC-Taksirli ALIC Ayrımı**

ALIC kuralı gereğince, hareketi yaptığı sırada kusur yeteneğinden yoksun bulunan kişinin bu yeteneği haiz sayılması için bazı koşulların varlığı aranmalıdır:

- 1) Failin kendisini kusur yeteneğinden yoksun hale bilerek ve isteyerek getirmiş olması.
- 2) Failin kendisini bu duruma sokmaktaki amacının bir suç işlemek ve kendine özür sağlamak olması.
- 3) Söz konusu amaca uygun bir harekette bulunulması.

Son koşul ortaya koymaktadır ki, ALIC kuralının kastın aşılması hallerinde de uygulanması mümkün olabilecektir. Çünkü işlenmesi amaçlanan suçun gerçekleştirilmesi için uygun bir hareketin yapılması yeterli görülmektedir.

Failin yaptığı hareket ile yapmayı amaçladığı hareket aynı değilse, artık ALIC uygulamasına gidilemez. Çünkü yapılan hareket ile onun sebebini teşkil eden kusur yeteneğinden yoksun hale gelme durumu arasında nedensellik bağı yoktur. Fakat pratikte, amaçlanan hareketin ne olduğunun tespiti oldukça güç olabilir.

Kendini kusur yeteneğinden yoksun hale getiren kişiye Ceza Kanununun hangi hükümleri uygulanacaktır? ALIC kuramının Ceza Kanununda açıkça düzenlenmesi durumuna, Ceza Kanununun değiştirilmesi için Adalet Bakanlığı'nda 1940'lı yıllarda yapılan bir tasarıda rastlanmakta idi. Tasarıda, İtalyan Ceza Kanunu'nun 92. maddesinin son fıkrasına uygun

olarak, “Suç işlemek için sarhoş olan veya uyuşturucu maddeler kullanan kimsenin cezası, üçte birden yarıya kadar arttırılır” şeklinde bir düzenleme getirilmekte idi. Tasarı bu hükmü ile bir kimsenin kendisini kusur yeteneğinden yoksun hale getirmek için kullandığı araçlara önem vermekte ve araç alkol yahut uyuşturucu madde olduğu takdirde, kusur yeteneğinin varlığını kabul etmekle yetinmeyerek, sözü edilen araca cezayı arttırıcı etki de getirmekteydi<sup>58</sup>.

ALIC, 765 s. TCK’da da, 5237 s. TCK’da da açık olarak düzenlenmiş değildir. Bu gibi kişilerin durumunun, akıl hastalığı, sağır-dilsizlik veya yaş küçüklüğü kapsamına sokulması mümkün görünmemektedir. Olsa olsa “geçici sebep” uygulanabilir. Fakat bunun için de, bu sebebin yaratılmasında failin herhangi bir kusurunun bulunmaması gerekir. Taksir derecesinde dahi bir kusuru bulunduğu artık arızı sebebin kusur yeteneğini ortadan kaldırdığı söylenemez.

Failin, suç işlemek ve kendine mazeret sağlamak amacıyla geçici sebep yaratması halinde, kusur yeteneğini ortadan kaldıran veya azaltan sebeplerden hiçbiri uygulanmaz. Bu durumda artık kusur yeteneği var sayılmalıdır.

Kasti ALIC durumunda, failce istenen sonuç gerçekleşmemişse teşebbüs hükümlerine gidilecektir. Fakat teşebbüsün uygulanabilmesi için, failin kusur yeteneğinden yoksun bulunduğu sırada suçun icra hareketlerine başlamış olması gerekir.

Önder de, ALIC kuralının uygulama alanı bulması için, yukarıda sayılan ve *Dönmezer-Erman* tarafından benimsenmiş bulunan şartlara benzer şartlar getirmiştir:

- 1) Fail, gerçekleşen suçun icra hareketlerine, kusur yeteneğine sahipken başlamış ise, ALIC uygulamasına gitmeye gerek yoktur. Genel kusurluluk kuralları, sorunun çözümü için yeterli olacaktır.
- 2) Failin, kusur yeteneğinden yoksun hale gelmesi, ya bizzat kendisi tarafından ya da kendi arzu ve iradesi ile bir başkası tarafından gerçekleştirilmiş olmalıdır. (Bir başkasının bunu gerçekleştirdiği durumlarda, failin kendisi bu durumun yaratılmasını istemişse zaten sorun yoktur. Kendisi bunu istememiş olmakla birlikte, bunu bertaraf edebilecek imkan ve iktidara sahip olmasına rağmen bertaraf etmemiş ise, bu durumda kusur yeteneği bizzat fail tarafından kaldırılmış gibi kabul edilmelidir.)

---

<sup>58</sup> Dönmezer/Erman, C: II, 157, dn. 45.

3) ALIC, TCK' da açıkça düzenlenmiş değildir. Bu konuya ilişkin olarak kanunun yorumunda iki yol izlenebilir: Ya “isteyerek sarhoşluk” hükmünden yararlanılabilir. Ya da nedensellik bağı ve kusurluluğun genel hükümlerinden yararlanılabilir.

Önder ve Demirbaş, kasti ve taksirli ALIC ayrımını savunanlar arasındadırlar<sup>59</sup>. Yazarlar, ALIC kuralının, kusur yeteneğinin hem kasti hem de taksirli olarak ortadan kaldırılması durumunda ve hem icrai hem de ihmali hareketler bakımından uygulanabileceği görüşündedirler. Yazarlara göre, kasti ALIC söz konusu olduğunda, failin kasti hem kusur yeteneğinin kalkmasına hem de kusur yeteneğinin bulunmadığı halde suç işlemeye yöneliktir. Taksirli ALIC durumunda ise fail, kusur yeteneğinin bulunmadığı bir durumda taksirli bir suç işleyebileceğini öngörmekte ise, bu suçtan sorumlu olacaktır.

Fail, taksirli bir şekilde kusur yeteneğinden yoksun hale gelip kasti bir suç da işleyebilir (Suç işleme maksadıyla olmaksızın sarhoş olan kimsenin sarhoş olduktan sonra kavga ettiği bir kişiyi bileyerek ve isteyerek öldürmesinde olduğu gibi); kasti bir şekilde kusur yeteneğinden yoksun hale gelip taksirli bir suç da işleyebilir (Karısını öldürebilmek için kendisine cesaret vermesi amacıyla alkol alan kocanın, sarhoş olduktan sonra araba ile karısının yanına giderken bir yayayı yaralamasında olduğu gibi).

#### **4. Kusur Yeteneğini Etkileyen Haller**

Kusur yeteneğini etkileyen haller; yaş küçüklüğü, sağır-dilsizlik, akıl hastalığı, geçici (arızı) nedenler ve istemeyerek sarhoşluk veya uyuşturucu madde etkisidir. Akıl hastalığının incelenmesine geçmeden evvel kusur yeteneğini etkileyen diğer hallere ilişkin kısaca bilgi vermek gerekirse:

##### **4.1 Yaş Küçüklüğü**

TCK m. 31'de ve Çocuk Koruma Kanunu'nda düzenlenmiştir. Yaş küçüklüğünün ceza hukukunda kusur yeteneğine etki eden bir hal olarak kabulü, çok eski çağlara dayanmamaktadır. Çocuk Mahkemelerinin Yönetimi Hakkında Birleşmiş Milletler Asgari Kuralları belgesi m. 4/1'de, “Küçükler için ceza sorumluluk yaşı tespit eden hukuk sistemlerindeki küçüklerin duygusal, zihinsel ve entelektüel olgunlukları göz önünde tutulur ve çok küçük bir sorumluluk yaşı tespit edilemez” şeklinde ceza sorumluluğu yaşına ilişkin kural getirilmiştir. Burada, genel bir sınır verilmekten kaçınılması yerinde olmuştur zira ceza sorumluluğunda asgari yaş sınırı, tarihi, kültürel ve coğrafi şartlara göre büyük farklılıklar

---

<sup>59</sup> Önder, 274; Demirbaş, 309.

gösterebilir<sup>60</sup>. İşte bizim ülkemiz şartlarına göre ceza sorumluluğu bakımından yaş sınırını belirleyen m. 31'de ise, yaş küçüklüğü, üç ayrı döneme ayrılarak düzenlenmiştir. 765 s. TCK'da da yaş küçüklüğü, aynı şekilde üçlü bir ayrıma gidilerek düzenlenmişti. Fakat şunu belirtmek gerekir ki, 765 s. TCK, ceza sorumluluğu yaşını 11 olarak belirlemiş iken, 5237 s. TCK'da bu, 12 yaş olarak belirlenmiştir.

TCK m. 31/1'e göre *"Fili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında, ceza kovuşturması yapılamaz; ancak çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir."* Görüldüğü gibi, m. 31/1 uyarınca, birinci dönem küçükler 12 yaşını tamamlamamış olan çocuklardır.

TCK m. 31/2'de ise, oniki yaşını doldurmuş olup onbeş yaşını doldurmamış olan ve doktrinde ikinci dönem küçükler adı verilen grup düzenlenmiştir. Kanun, ayrıca ikinci dönem küçükler bakımından kendi içinde ikili bir ayırım yaparak, bu gruba giren bir çocuğun temyiz gücü olup olmamasını, farklı sonuçlara bağlamıştır. Eğer ikinci dönem küçüğün temyiz gücü varsa, bu çocuk bakımından tedbir sorumluluğu söz konusudur: *"..işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur. Ancak bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur."* Eğer, ikinci dönem küçüğün temyiz gücü bulunuyor ise, bu durumda artık cezai sorumluluk kabul edilir fakat cezada indirim yapılır: *"İşlediği fiili algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin varlığı halinde, bu kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde dokuz yıldan oniki yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde yedi yıldan dokuz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.."*

Fakat şunu da belirtmekte fayda vardır ki, temyiz gücü bulunan bir ikinci dönem küçük hakkında mahkeme mutlaka cezaya hükmetmek zorunda değildir. Ceza yerine tedbir uygulamasına da hükmedebilir ki bu yönde Yargıtay kararları mevcuttur<sup>61</sup>. Fakat bu durum, TCK m.31/2'nin metninden açıkça anlaşılacaktır ve bu durum ÇKK m. 4/1'deki *"Çocuklar hakkında özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler ile hapis cezasına son çare olarak başvurulması"* ilkesine aykırıdır<sup>62</sup>.

İkinci dönem küçüklere ilişkin olarak dikkat edilmesi gereken bir diğer husus ise, temyiz gücü araştırması yapılırken, söz konusu çocuğun sosyo-ekonomik, kültürel, ailevi, vb.

---

<sup>60</sup> Demirbaş, 310.

<sup>61</sup> Demirbaş, 314, dn. 301. (Yargıtay 2. CD, 10.12.1991, 11429/12630)

<sup>62</sup> Demirbaş, 315.

durumlarının göz önünde bulundurularak bir karara varılması gerektiğidir. Nitekim Yargıtay, mahkemelerin, bir çocuğun sadece 15 yaşını doldurmasına kısa bir zaman kaldığı için temyiz gücünün bulunduğu sonucuna varılmasını hukuka aykırı bulmuş ve gerekli inceleme yapılmadan bu sonuca varılamayacağı fikrini ortaya koymuştur<sup>63</sup>. Bu, yerinde bir karardır zira temyiz gücü, aynı yaştaki iki çocuk bakımından bile farklı koşullarda yaşamalarına dayalı olarak değişkenlik gösterebilecektir.

Üçüncü dönem küçükler adı verilen grup ise, TCK m. 31/3'te düzenlenmiştir. Buna göre, onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış bulunan çocuklar bu gruba dâhil olmaktadır. İkinci dönem küçüklerin durumunun tersine, üçüncü dönem küçükler bakımından temyiz gücünün bulunup bulunmadığı yönünde bir araştırma yapmaya gerek yoktur. Üçüncü dönem küçüklerin temyiz gücü var sayılır. Dolayısıyla ceza sorumlulukları da mevcuttur fakat cezalarında indirim yapılır. Söz konusu indirim, temyiz gücü bulunan ikinci dönem küçüklerin cezasında yapılan indirime kıyasla daha düşük seviyededir: *“Fıili işlediği sırada onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olan kişiler hakkında suç, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde onsekiz yıldan yirmidört yıla; müebbet hapis cezasını gerektirdiği takdirde oniki yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Diğer cezaların üçte biri indirilir..”* (TCK m. 31/3)

Yaş küçüklüğüne ilişkin olarak yukarıda yapılan açıklamalar, 765 s. TCK ile karşılaştırmalı şekilde şu şekilde özetlenebilir:

	<b>765 s. TCK</b>	<b>5237 s. TCK</b>
<b>1. DÖNEM KÜÇÜKLER</b>	11 yaşını doldurmamış çocuklar	12 yaşını doldurmamış çocuklar
<b>2. DÖNEM KÜÇÜKLER</b>	11 yaşın doldurulmasından 15 yaşın doldurulmasına kadar	12 yaşın doldurulmasından 15 yaşın doldurulmasına kadar
<b>3. DÖNEM KÜÇÜKLER</b>	15 yaşın doldurulmasından 18 yaşın doldurulmasına kadar	15 yaşın doldurulmasından 18 yaşın doldurulmasına kadar

Yaşın belirlenmesi ise, 1587 s. Nüfus Kanunu hükümlerine göre yapılacaktır. Her ne kadar yaş tashihi hukuk mahkemesinin yetkisine giriyor ise de, dönemler arası değişikliği gerektirecek bir yaş sorunu söz konusu olacak ise, ceza mahkemesi de bu işi yapabilir<sup>64</sup>.

<sup>63</sup> Y. 1. CD., 15.11.2006, 2398/4942.

<sup>64</sup> Demirbaş, 316.

## 4.2 Sağır-Dilsizlik

Sağır-dilsizlik, patolojik bir durum olması ve bünyeye tesir etmesi sebebiyle kusur yeteneğini etkilemektedir. Bu olumsuz durum, sağır-dilsizlerin yaşama uyum sağlamalarını güçleştireceğinden, kusur yeteneğini etkileyen bir hal olduğu kabul edilmiştir<sup>65</sup>.

Kusur yeteneğini etkileyen hallerden sağır-dilsizlik, TCK m. 33'te düzenlenmiş bulunmaktadır. Buna göre, *“Bu Kanunun, fiili işlediği sırada oniki yaşını doldurmamış olan çocuklara ilişkin hükümleri, onbeş yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; oniki yaşını doldurmuş olup da onbeş yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında; onbeş yaşını doldurmuş olup da onsekiz yaşını doldurmamış olanlara ilişkin hükümleri, onsekiz yaşını doldurmuş olup da yirmibir yaşını doldurmamış olan sağır ve dilsizler hakkında da uygulanır.”*

Burada görülmektedir ki, sağır-dilsizlik, 21 yaşının tamamlanmasına kadar kusur yeteneği etkileyen bir hal olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna karşılık 765 s. TCK m. 58'de ise bu sınır 24 yaşın tamamlanması olarak gösterilmişti. Görülüyor ki, yeni TCK, bir sağır-dilsizin işlediği bir suç nedeniyle ceza sorumluluğun olması için gerekli yaşı üç yaş daha geriye çekmiştir. Bu da 765 s. TCK'nın yürürlüğe girdiği tarih ile 5237 s. Yeni TCK'nın yürürlüğe girdiği tarih karşılaştırıldığında, makul bir değişiklik olarak kabul edilmelidir. Zira aradan geçen yaklaşık seksen yıl içerisinde tıbbi imkânlarda ve teknolojide büyük gelişmeler kaydedilmiş; sağır-dilsizler gibi özel durumu olan kişilere yönelik özel eğitim veren kurumların sayısı da artmıştır. Bu gelişimlere paralel olarak sağır-dilsizlerin ceza sorumluluğu yaşının düşürülmesi de beklenen bir sonuçtur.

Kanundaki sağır ve dilsizlik düzenlemesine dönülecek olursa, bu kurumun üç gruba ayrılarak ve yaş küçüklüğüne ilişkin hükümlere atıfta bulunularak düzenlendiği görülmektedir. TCK m. 33'te sağır-dilsizler bakımından söz konusu olan yaş grupları şu şekildedir:

- 1) 15 yaşını doldurmamış olan sağır-dilsizlere → 1. dönem küçüklere ilişkin hükümler (TCK m. 31/1),
- 2) 15 yaşını doldurmuş olup da 18 yaşını doldurmamış olan sağır-dilsizlere → 2. dönem küçüklere ilişkin hükümler (TCK m. 31/2),
- 3) 18 yaşını doldurmuş olup da 21 yaşını doldurmamış olan sağır-dilsizlere → 3. dönem küçüklere ilişkin hükümler (TCK m. 31/3)

---

<sup>65</sup> Demirbaş, 321; Taner, 379.

Uygulanır.

21 yaşını tamamlamış olan bir sağır-dilsizin suç işlemesi durumunda nasıl bir uygulamaya gitmek gerekecektir? Bu durumda, eğer sağır-dilsizlik failin kusur yeteneğine etki eder nitelikte değilse genel hükümlere göre uygulama yapılacak ve işlediği suçun tam cezası ile cezalandırılacaktır. Buna karşılık 21 yaşını tamamlamış olan bir sağır-dilsizin bu durumu kusur yeteneğine etki ediyorsa, bu durumda akıl hastalığına ilişkin hükümlere (TCK m. 32) başvurulması gerekecektir. Fakat bu durum, TCK m. 33'te açıkça düzenlenmiş değildir. Oysa 765 s. TCK m. 58/4'te "*Eğer fail yirmidört yaşını bitirmiş ise mahkeme, hakkında 46'ncı maddede gösterildiği surette muamele yapılmak üzere kendisinin salahiyyetli makama teslimini emredebilir*" şeklinde bir düzenleme ile bu durum düzenlenmişti.

765 s. TCK'nın, sağır-dilsizliğe ilişkin düzenlemesinde, 5237 s. TCK'dan farklı olan bir diğer husus da, sağır-dilsizlik bakımından temyiz gücünün bulunup bulunmamasına göre bir ayırım yapılıyor olması idi. TCK m. 33 bu ayırımı kaldırdığına göre, yukarıda da belirtildiği gibi, her ne kadar açık bir düzenleme yoksa da, temyiz gücü bulunmayan bir sağır-dilsize, akıl hastalığına ilişkin hükümler uygulanacaktır.

Bazı görüşlere göre, sağır-dilsizliğin Ceza Kanunu'nda ayrı bir hüküm olarak düzenlenmesi gereksizdir. Örneğin Alman Ceza Kanunu m. 20'de bu durum "diğer ağır ruhi anormallik" içine sokulurken, *Demirbaş'a* göre ise, bunun akıl hastalığına ilişkin hükmün biyolojik niteliği genişletilerek de yapılabilmesi mümkündür<sup>66</sup>.

#### **4.3 Geçici (Arızı) Nedenler**

Kusur yeteneğine etki eden hallerden, geçici (arızı) nedenler, akıl hastalıklarının çoğunluğu gibi daimi bir etkisi bulunmayan, fakat birtakım somut olaylar bakımından kişinin kusur yeteneğini geçici olarak kısmen ya da tamamen ortadan kaldıran hallerdir. Geçici nedenler, TCK m. 34/1'de düzenlenmiş bulunmaktadır. Buna göre, "*Geçici bir nedenle...işlediği failin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fülle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.*" Görüldüğü gibi burada esas alınan kıstas, "davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalmış olması"dır ve bu durum da, kişinin etkisi altında bulunduğu geçici bir nedenden kaynaklanmaktadır. Geçici nedenler, kusur yeteneğini kaldıran veya azaltan, fakat tıbbi anlamda akıl hastalığı olarak kabul edilmeyen durumlardır<sup>67</sup>. Her ne kadar bu haller, akıl

---

<sup>66</sup> Demirbaş, 322.

<sup>67</sup> Demirbaş, 323.

hastalığı olarak telakki edilmeseler de, bu hallerin etkisi altında iken suç işleyen kişilere ceza verilmemesi, akıl hastalığına bağlanan sonuçla aynı sonucun ortaya çıktığını gösterir. Buna karşılık, bu kişiler akıl hastalarına uygulanan tedavi tedbirine de tabi tutulmayacaklardır. Fark bu noktada ortaya çıkmaktadır. 765 s. TCK'da, geçici nedeni düzenleyen 48. maddede, akıl hastalığını düzenleyen 46 ve 47. maddelerde atıfta bulunulmuş iken, 5237 s. TCK m. 34'te, akıl hastalığına ilişkin 32. maddeye herhangi bir gönderme bulunmamaktadır<sup>68</sup>.

Geçici neden son derece geniş bir kavramdır ve bunun kapsamına nelerin girebileceğinin önceden belirlenmesi mümkün değildir. Ancak her bir somut olaya göre bir durumun “geçici neden” teşkil edip etmediğine karar verilebilecektir. Geçici nedenlerin neler olduğu kanunda belirtilmemiştir fakat doktrinde buna örnek teşkil edebilecek birtakım durumlardan söz edilmektedir: Ateşli bir hastalık, uyku hali, aşırı heyecan, yığın psikolojisi, vb. Bu gibi hallerde fail, hareketlerini hukuk normlarının gereklerine uygun olarak yönlendirme yetisinden yoksun duruma gelmektedir. Şunu da belirtmekte fayda vardır ki, bir kişinin kusur yeteneğine etki eden bir geçici nedenin varlığının kabulü için, o kişinin bu durumun ortaya çıkmasında taksir derecesinde dahi kusuru bulunmamalıdır. Aksi takdirde zaten önceki bölümlerden birinde sözü edilen “taksirli ALIC” durumu ortaya çıkar ve kişinin kusur yeteneği var sayılır.

Geçici nedenlerin en belirgin örneklerinden biri de “yığın psikolojisi”dir. Burada tesadüfen bir araya gelen çok sayıda insanın, bir söz veya hareketle aniden benzer şekilde tahrik edilmiş hale gelmesi durumu söz konusu olmaktadır. Bir anda benzer psikolojik durumlara sürüklenen kitleyi oluşturan kişiler acımasız olabilmekte ve adeta her birey kendi kişiliğinden sıyrılıp sadece yığının bir parçası olarak hareket etmeye başlamaktadır. Kimi durumlarda, yığının içinde bulunduğu bu durumu, kendi amaçları doğrultusunda kullanmaya çalışan liderler olabilmektedir. İşte bu liderler, yığının suçlar işlemesi halinde azmettiren olarak sorumlu tutulurlarken, yığını oluşturan bireyler ise, TCK m. 34/1 anlamında geçici nedenin etkisi altında buldukları için ceza almayacaklardır.

#### **4.4 İstemeyerek Sarhoşluk veya Uyuşturucu Madde Etkisi**

İstemeyerek sarhoşluk veya uyuşturucu madde etkisi de, geçici nedenler gibi TCK m. 34/1'de düzenlenmiş bulunmaktadır. Buna göre, “...irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez.”

---

<sup>68</sup> Hafizoğulları, Zeki, “5237 sayılı Türk Ceza Kanununda İsnat Yeteneğini Azaltan veya Kaldıran Haller”, 4, <http://www.abchukuk.com/makale/makale310.html>, 06.11.2008.



Görüldüğü gibi bu durum, geçici neden ile aynı fıkroda düzenlenmiştir ve dolayısıyla da kusur yeteneğine etki eden bu iki farklı hal, aynı sonuca bağlanmıştır. Yine, istemeyerek sarhoşluk veya uyuşturucu madde etkisi bakımından da, failin bu duruma girmek bakımından taksir derecesinde dahi kusurunun bulunmaması gerekir. Zira, failin taksir derecesinde kusuru bulunduğu takdirde dahi artık “istemeyerek sarhoşluk veya uyuşturucu madde etkisi” durumu ortaya çıkacaktır ki bu durum zaten TCK m. 34/2’de, 1. fıkradaki durumun bir istisnası olarak düzenlenmiştir ve bu durumdaki kişiler fillerinden sorumlu olacaklardır.

İstemeyerek sarhoşluk muhtelif şekillerde ortaya çıkabilir: Kişinin *şaka ile sarhoş yapılması* (örneğin kolanın içine alkollü içki katılması), *mücbir sebepler sarhoş olması* (örneğin diş ağrısını gidermek için pamuğun rakı ile ıslatılıp diş etine bastırılması), *zorla sarhoş yapılması* (kişinin direnemeyecek duruma getirildikten sonra zorla alkol verilmesi), *tesadüfen sarhoş olması* (Tekel rakı fabrikasındaki ilk iş gününde kokudan sarhoş olan işçi)<sup>69</sup>.

## 5. Akıl Hastalığı

### 5.1. Akıl Hastalıklarının Ceza Sorumluluğuna Etkisi Bakımından Tarihi Gelişimi

Akıl hastalıklarının, ceza sorumluluğuna etki eden bir kavram olarak kanunlarda yer alması, çok eskilere dayanır. Akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi yıllar içerisinde hep kabul edilmişse de, bunun düzenleniş şekli ve sonucunda uygulanan tedbirler zamanla değişmiştir. Yasaların, davranış bozuklukları gösteren kişileri cezalandırması sorunu, zamanla değişimlere uğramış ve bu konuda bir uzlaşma sağlanamamıştır. Bu konuda hukukçular, psikologlar ve sosyologlar farklı görüşler sergilemişlerdir. Modern yasal sorumluluk, 1843 M. Naghten kararına dayanmaktadır<sup>70</sup>. Bu kararın, akıl hastalığının, kanunlarda düzenlenmesi gereğini ortaya koyan ilk karar olduğu söylenir. Karara konu olan olayda, Naghten adlı bir İskoç, İngiliz Başbakanı Sir Robert Peel tarafından öldürüleceği paranoyasına kapılarak yanlışlıkla onun yerine sekreterini öldüren bir kişidir. Mahkeme, Naghten’in akıl hastası olması nedeniyle cezai sorumluluğunun olmadığına karar vermiştir.

---

<sup>69</sup> Demirbaş, 325.

<sup>70</sup> Ankar, Aydın, [http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber\\_id=2888](http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber_id=2888), 06. 11. 2008

Akıl hastalarının cezalandırılmaması esasına, Asur, Babil, Eti, Mısır ve Sümer gibi eski uygarlıklarda rastlanmamaktadır. Kişilerin akıl sağlıklarında ortaya çıkan bozuklukları birtakım dini sebeplere dayandıran bu kavimlerde, akıl hastalarının ilahlar tarafından baskı altına alındığı, bunun etkisinden kurtulmak için de dualar okunması, efsunlar yapılması gerektiğine inanılmıştır<sup>71</sup>.

Roma hukukunda, akıl hastaları (furiosus) ve küçükler (infans) işledikleri suçlardan dolayı sorumlu tutulmamışlardır. Konuyla ilgili en kapsamlı düzenleme Lex Aquiliae'da yer almıştır. Bu dönemde akıl hastalığı oldukça geniş anlamda algılanmış ve ateşli bir hastalığın sebebiyet verdiği hezeyanlar bile bu kapsamda değerlendirilmiştir. Fakat, karşıt görüşe göre ise, bunun gibi birçok durum cezai sorumluluğu etkileyebilir fakat bunlardan bazıları cezai sorumluluğu tamamen ortadan kaldırır idi<sup>72</sup>.

Cermenlerde, kudurana veya deliye suç isnat edilemeyeceği esası benimsenmiş, böyle şahısların verdikleri zararların kudurmuş bir köpek veya başka bir hayvan tarafından ortaya çıkarılan zararlar gibi kabul edileceği belirtilmiştir. Nasıl ki kudurmuş bir hayvan hiçbir cezaya maruz kalmaksızın ortadan kaldırılabilirse, akıl hastası suçlunun da sorumlu kabul edilmeksizin öldürülmesine izin verilmiştir<sup>73</sup>.

Ortaçağ Avrupası'nda ise, akıl hastalarının cezai sorumlulukları kabul edilmekte, hatta akıl hastalarının cinler tarafından çarpıldığı, içlerine şeytan girdiği sanılmakta ve 1789 yılına kadar bu kişiler ağır muamelelere tabi tutulmaktaydılar<sup>74</sup>.

İslam hukukunda, akıl hastalarının cezai sorumluluğu kabul edilmez. Burada akıl hastalığı, devamlı ve geçici akıl hastalığı olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Geçici akıl hastalığı, sadece nöbetin geldiği anda kişiyi ehliyetsiz kılma açısından devamlı akıl hastalığının sonuçlarını doğurur. Akıl hastalığı, örneğin içki içme, zina gibi Allah'ın haklarına yönelik suçlar (had suçları) bakımından kusur yeteneğini ortadan kaldırır. Akıl hastaları kusurlu sayılamayacaklarından, kişi haklarına yönelik kısas suçlarında, kısas ile cezalandırılmazlarsa da, diyet denilen mali ceza ile cezalandırılırlar<sup>75</sup>.

---

<sup>71</sup> Şensoy, Naci, "Cezai Mesuliyeti Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet", İÜHFM, C:XVI, İstanbul 1950, 118.

<sup>72</sup> Şensoy, "Akli Maluliyet", 119.

<sup>73</sup> Şensoy, "Akli Maluliyet", 120.

<sup>74</sup> Artuk/Gökçen/Yenidünya, 635.

<sup>75</sup> Aydın, M. Akif, "Türk Hukuk Tarihi", İstanbul 2005.

Bizde ise, suçu işlediği sırada “cinnet” halinde bulunan kimsenin sorumluluğunu ilk olarak 1274 tarihli ceza kanunu düzenlemiştir. Fakat, ilk defa bu kanunda düzenleme yapılmış olmasından, bundan önceki uygulamada, bu tür kişilere ceza veriliyor olduğu gibi bir anlam çıkarılmamalıdır. Bunun öncesinde, cezada da, hukukta olduğu gibi şer’i hükümler uygulanmakta idi. Fıkıhta, “cinnet” ve “cünun” ayrımı yapılmış fakat bunlara uygulanan hükümler birleştirilmişti. “Mecnun”lara ve “matuh”lara, genellikle “sabi”lere (küçüklere) uygulanan hükümler uygulanmakta idi. Bu itibarla, sabi gibi, mecnun ve matuha da ceza verilemezdi; ancak akıl hastası olanlardan, tehlikeli bulunanlar, tımarhanelere ve bimarhanelere konularak bunlardan toplumu korumak ve aynı zamanda tedavi edilmelerini sağlamak amacı güdülmüştü<sup>76</sup>. Söz konusu tedavi ise, o tarihlerde Avrupa ülkelerinde dahi olmayan modern ve hümanist yöntemlerle gerçekleştirilirdi. Bunun en belirgin örneği ise, Edirne’de bulunan, günümüzde müze haline getirilen ve Avrupa Parlamentosu 2004 Avrupa Müze Ödülü’nü alan “Sultan II. Beyazıd Darüşşifası”dır<sup>77</sup>.

Önceki yüzyılda Kıta Avrupası’nda bile akıl hastalığı, yaş gibi cezayı hafifleten ya da kaldıran nedenler göz ardı edilmiş, ekmek çalan bir çocuk idam edilmekten kurtulamamıştır. Bugün gelişmiş ülkelerde, sosyal bilimlerdeki gelişmeler ve insana verilen değer sonucunda yasal ve demokratik değişiklikler olmuş, davranış bozuklukları gösteren hastaların suç işlemesi halinde cezalandırılmaları yerine bu hastalıkların tedavisi önem kazanmıştır<sup>78</sup>.

Zaman içerisinde, akıl hastalıklarının ceza ehliyetine etkisi hususunun tartışılmasında üzerinde durulan bir nokta da terminoloji sorunu olmuştur. Doktrinde ve kanunlarda genellikle “Akıl Hastalığı” kavramı kullanılmış ise de, bunun yerine birtakım başka ifadelerin kullanılmasının daha yerinde olacağı fikrini savunanlar olmuştur. Özellikle günümüzde, Dünya Sağlık Örgütü’nün, psikolojik hastalıklar ile nörolojik hastalıklar şeklindeki ayrımı kaldırmış olmasından dolayı, “akıl hastalığı” değil de “ruhsal bozukluk” teriminin kullanılması gerektiği öne sürülmüştür. Zira akıl hastalıkları, ruhsal bozuklukların kişide bıraktığı tortunun yarattığı etkidir. Buna örnek olarak gösterilen durumlardan biri şudur:

---

<sup>76</sup> Taner, 362, 363.

<sup>77</sup> 1488 yılında yapımı tamamlanan darüşşifa üzerine, birçok belgesel yapılmış, buradaki tedavi yöntemleri, döneminin oldukça ilerisinde olarak kabul edilmiştir. Özellikle de tedavide, müzikten, su sesinden ve güzel kokulardan yararlanılması, ilgi çekicidir. Hastanenin, on iki kişiden oluşan musiki topluluğu, haftanın belli günlerinde hastalara konser vermekteydi. Ve hatta Türk musikisindeki bazı makamların, bazı hastaların tedavisinde özel bir iyileştirici etkisi olduğu dahi saptanmıştır. Buna “müzikal kodeks” adı verilmektedir ve bugün özellikle Amerika’da bu konuda geniş çaplı araştırmalar yürütülmektedir. Ancak, bundan 500 yıl önce Edirne Hastanesi’nde bu yöntemle hasta tedavisi yapılırken, aynı dönemin bazı ülkelerinde akıl ve ruh hastaları için “kafasına şeytan girmiş” tanısı konularak bu zavallıların ateşe atılmaları da bilinen bir gerçektir. (<http://www.ttb.org.tr/TD/TD47/darussifa.html>, 02.06.2009)

<sup>78</sup> Ankay, Aydın, [http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber\\_id=2888](http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber_id=2888), 06. 11. 2008

Kapalı yerde kalma korkusu (klostrrofobi) olan bir kişi, kapısı kilitli bir yere kapatıldığı zaman, kişi o kapıyı kırmaya çalışacaktır. Hatta bu korku o kadar yoğun olabilir ki, kişi kendini pencereden dahi atmaya yeltenebilir. Böyle bir durumda olan kişinin bu rahatsızlığı, akıl hastalığı kapsamına sokulamayacak bir rahatsızlık olabilir. Fakat bu rahatsızlığın, o sırada kişinin kusur yeteneğini ortadan kaldıracak dereceye varabilmesi mümkündür. Bu durumda kişinin TCK m. 32'den yararlanıp yararlanamayacağı konusunda tereddütler vardır. Oysa ki bu kişinin kapıyı kırması durumunda, bu fiili bakımından mala zarar verme suçunun manevi unsuru oluşmayacaktır. Fakat maddenin başlığına baktığımızda, bu durumdaki bir kişiye “akıl hastalığı” değil de “geçici neden” uygulaması yapılacağı fikri oluşmaktadır<sup>79</sup>.

Alman Ceza Kanunu'nun konuyu düzenleyen 20. maddesinde “ruhi bozukluk” kavramı kullanılmıştır. İngiltere'de, akıl hastalığı konusunu düzenleyen 1991 tarihli kanunda<sup>80</sup>, “insanity” kavramı kullanılmıştır ki bu da çoğunlukla “akıl hastalığı” şeklinde tercüme edilmektedir. Amerikan hukukuna ise kural olarak, manevi unsura karşılık gelecek şekilde kullanılan “mens rea” kavramının dar anlamdaki kullanımı bakımından kişinin ruhi durumu inceleme konusu olmaktadır. Burada, “akıl hastalığı” ya da “ruhsal bozukluk” vb. bir terime rastlanmamaktadır. Genel terim olan “mens rea”nın bir açılımı olarak algılanmaktadır<sup>81</sup>.

Ülkemizde, 1274 tarihli ceza kanunda, akıl hastalığı düzenlemesinde, “cinnet” tabiri kullanılmış, fakat bu tabirin bilimsel olarak oldukça dar manada kullanılmasından ötürü, epilepsi veya uyurgezerlik gibi hallerin bu kapsamda olup olmayacağı gibi hususlarda tereddütler oluşmuştu. 765 s. TCK'nın 46. maddesinin ilk halinde, “ruhi zaaf” terimi kullanılmıştı. Bu tabir ise, “cinnet” tabirinin dar kapsamının aksine, fazla geniş kapsamlı bir ifade idi. 765 s. TCK'da 1933 yılında yapılan değişiklik ile, “akli maluliyet” kavramı kullanılmaya başlanmıştır<sup>82</sup> ve daha sonra da 1955 değişikliğinden itibaren ise “akıl hastalığı” kavramı kullanılmıştır. 5237 s. TCK da, m.32'de, aynı şekilde “akıl hastalığı” tabirini kullanmaya devam etmiştir.

Ruh hastalıkları uzmanlarının da, savcı ve hâkimin sorusuna cevap dışında, “akıl hastalığı”, “akli maluliyet” gibi terimleri kullanmaktan kaçındıkları, “ruh hastalığı”, “ruhsal bozukluk” gibi tabirleri tercih ettikleri görülmektedir<sup>83</sup>. Ruhsal bozukluk ise, “Psikiyatri bilimince

---

<sup>79</sup> Yiğit, Nuri (Tekirdağ Cumhuriyet Başsavcısı), “TCK Genel Hükümler”, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/130>, 27.12.2008.

<sup>80</sup> UK Criminal Procedure (Insanity and Unfitness to Plead) Act 1991.

<sup>81</sup> Dressler, Joshua, “Criminal Law”, Thomson West, Minnesota 2007, 146.

<sup>82</sup> Taner, 363.

<sup>83</sup> Özkan, Mustafa / Hakeri, Hakan, “Ceza Hukuku ve Ruhsal Bozukluklar”, [http://www.akader.net/KHUKA/2\\_98\\_ekim/ceza\\_hukuku\\_ve\\_ruhsal.htm](http://www.akader.net/KHUKA/2_98_ekim/ceza_hukuku_ve_ruhsal.htm), 03.07.2009, 3.

anlayabilme ve isteyebilme yeteneklerine etkisi kabul edilip de, patolojik yani marazi bir hal gösteren, akli melekelerdeki her nevi bozukluk” olarak tanımlanmaktadır. Bu patolojik haller, tümör, travma, ateşli hastalık gibi fizik sebeplerden ileri gelebilirken, erken bunamada görüldüğü üzere, psişik hallerden de doğabilir<sup>84</sup>.

## **5.2. Akıl Hastalıklarının Tayininde Kanuni Sistemler**

Kusur yeteneğine etki eden bir sebep olarak akıl hastalıklarının tayini, tamamen tıbbi bir mesele olmakla birlikte, Ceza Kanunlarında da bu konuda düzenlemeler bulunmaktadır. Ceza kanunlarının bu konuyu düzenleme şekli, temel olarak üç şekildedir. Bunlar: Biyolojik sistem, psikolojik sistem, karma sistem.

### **5.2.1 Biyolojik Sistem**

Biyolojik sistemde ceza kanunları, tek tek saymak suretiyle hangi akıl hastalıklarının kusur yeteneğini ne derecede etkileyeceğini belirlemişlerdir. Burada, her bir hastalık için patolojik ve tıbbi terimler kullanılarak tanımlar yapılır; hangi akıl hastalığının kusur yeteneğini tamamen, hangisinin kısmen ortadan kaldıracağı da belirtilir.

Bu sistem, kusur yeteneğine etki etmesi muhtemel bütün hastalıkların tek tek sayılmasının mümkün olmaması gerekçesiyle eleştirilmiştir. Sayılanların dışında kalan bir akıl hastalığının, kusur yeteneğine etkisi kabul edilemeyecektir ki bu da yerinde olmayan uygulamalara yol açacak, toplum barışı ve kamu düzeni üzerinde olumsuz etkilere sebep olacaktır. Ayrıca, her geçen gün tıbbın gelişmesi ile yeni hastalıkların da ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durumda kanunda belirli aralıklarla değişiklik yapılması gibi bir zorunluluk ortaya çıkmaktadır. Fakat biyolojik sistemin uygulandığı ülkelerde, çoğunlukla bu eleştirilerin mahkeme kararlarındaki uygulama ile bertaraf edilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu sistemi uygulayan ülkelerin mahkemeleri, yukarıda belirtilen sakıncaların ortaya çıkması nedeniyle, ceza kanunlarında sınırlayıcı bir biçimde kullanılan tabirlere, uygulamada çok geniş bir anlam vermişler ve diğer birçok akıl hastalığı türünü de bu tabir içinde varsaymışlardır. Genellikle, biyolojik sistemi kabul eden ülkelerin mahkemelerindeki uygulama ile, ceza kanunlarındaki belirli akıl hastalıklarına ilişkin tabirler, “akıl hastalıkları” anlamında kullanılmaya başlanmıştır<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Özkan/Hakeri, 4.

<sup>85</sup> Ünver, 86.

Örneğin, 27 Mayıs 1852 tarihli Avusturya, 1810 Fransız, 1867 Belçika, 1858 Osmanlı, 1930 Danimarka, 1954 Grönland ceza kanunları, akıl hastalığı konusunda patolojik ve biyolojik tanımlar vermişler ve daha ziyade teknik kavramlar kullanmışlardır<sup>86</sup>.

### 5.2.2 Psikolojik Sistem

Bu sistemde, kişinin anormal biyolojik özelliği değil, bunun psikolojik sonuçları, yani, kişinin belirli bir psikolojik durumda olması esas alınır<sup>87</sup>. Kişinin kusur yeteneğini etkileyecek ya da sorumsuzluğu veya sınırlı sorumluluğu doğuracak akıl hastalıklarının neler olduğu bu sistemde kanunda belirtilmemekte, yalnızca, kişinin fiili gerçekleştirdiği anda herhangi bir psikolojik nedenle akli yeteneklerinden yoksun olması durumunda onun sorumlu olmayacağı ya da sorumluluğuna sınırlar getirileceği belirtilmektedir.

Bu sisteme getirilen eleştiri ise, biyolojik sisteme getirilen eleştirilerin tam aksine, akıl hastalığı kavramının kapsamının aşırı derecede genişleyebileceği yönündedir. Sorumsuzluk çerçevesi genişleyebilmekte ve akıl hastalığı olmayan durumlar da bu kavram içerisine sokulabilmektedir<sup>88</sup>.

Örneğin, 1853 tarihli Eski İsviçre Ceza Kanunu'nun 27. maddesi, "Bu kanunun cezalandırdığı icrai veya ihmali fiiller, failin suçu işlediği sırada, kendi kusuru olmaksızın, akıl ve idrakini veya serbest iradesini kullanmaktan mahrum bulunması halinde cezalandırılmaz" diyerek bu sisteme taraftar olmuştur<sup>89</sup>.

### 5.2.3 Karma Sistem

Bu sistem, biyolojik ve psikolojik sistemlerin birleşmesinden oluşmaktadır. Bu sisteme göre failin sorumluluğunun bulunmaması veya hafifletilmiş bir sorumluluğunun bulunması için, fiili işlediği sırada kişinin akıl hastası olması ve bu nedenle de akli yeteneklerinden birine sahip olmaması gerekir<sup>90</sup>. Burada, akıl hastalıklarına ilişkin genel birtakım tanımlar verilmekte ve suçun işlendiği sırada failin bu tanımlarda adı geçen nitelikleri haiz bulunmaması koşulu aranmaktadır.

---

<sup>86</sup> Erem, Faruk/Danışman, Ahmet/Artuk, Mehmet Emin, "Ceza Hukuku Genel Hükümler", Seçkin Yay., Ankara 1997, 516 vd.; Şensoy, "Akli Maluliyet", 130 vd; Ünver, 85 vd.

<sup>87</sup> Ünver, 87.

<sup>88</sup> Taner, 364.

<sup>89</sup> Taner, 364; Erem/Danışman/Artuk, 516 vd.; Şensoy, "Akli Maluliyet", 131 vd.; Artuk/Gökçen/Yenidünya, 637.

<sup>90</sup> Ünver, 88.

Akıl hastalıklarına ilişkin bazı tanımların getirilmesi konusunda kimi kanunların bazı akıl hastalıklarını tek tek zikrettiği görülürken, kimilerinde ise daha genel tabirlere yer verildiği görülmektedir. İkinci durumda, psikolojik sisteme getirilen eleştirilerde olduğu gibi, uygulamada kapsamın çok genişletildiği ve akıl hastalığı olmayan durumların da bu genel tabirler içinde değerlendirildiği görülmektedir.

Bu sistemi benimseyen ülke kanunları arasında, 1889 ve 1930 İtalyan ve 1937 İsviçre Ceza Kanunları sayılabilir<sup>91</sup>.

#### 5.2.4 İngiliz Sistemi: M’Naghten Kuralı

Bu sistemde, nelerin akıl hastalığı olduğu ve bunların ne gibi durumlarda söz konusu olabileceği, hâkimler tarafından oluşturulmuş kurallar vardır ki bunlardan, yukarıda kısaca söz edilmişti. M’Naghten kuralının ayrıntılarına burada yer verilecektir. Söz konusu kural, akıl hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi konusunu tartışan ilk davada ortaya çıktığı için, çalışmamız açısından önem arz etmektedir.

“M’Naghten Kuralları<sup>92</sup>”, zaman içerisinde değişikliğe uğramış olmakla birlikte, günümüzde birçok ülkede halen bir failin akıl hastası olup olmadığının tespiti aşamasında başvuru kurallarıdır. Birçok *common law* ülkesinde, 1843 Naghten kararından beri, “akıl hastalığı savunması” kabul edilmiş ve ruh sağlığı bozuklukları bulunan kişilerin ceza sorumluluklarının olup olmadığı araştırmasına gidilmiştir. Bu araştırma sonucu kişinin ceza sorumluluğunu etkileyen bir akıl hastalığı bulunduğu kanaat getirilirse, jüri “akıl hastalığı sebebiyle suçlu değil” sonucunu ortaya koyar ve bu durumda, birçok ülkede kişinin güvenli bir akıl hastanesinde tedavi altına alınması yoluna gidilir. Akıl hastalığı savunması, Avustralya, Kanada, İngiltere, Galler, Yeni Zelanda, İrlanda ve Amerika Birleşik Devletleri’nin birçok eyaletinde kabul edilmiştir (Montano, Idaho ve Utah’ta kabul edilmemiştir).

Bugün, akıl hastalığının bir savunma olarak kabul edilmesi, faili ceza sorumluluğundan kurtarır zira kalıcı veya geçici bir sebeple fiili sırasında suçun tanımlanan manevi unsurunu gerçekleştirilebilecek durumda bulunmayan bir kişinin cezalandırılmasının ahlaki olarak yanlış olduğu kabul edilir. Akıl sağlığının yerinde olmadığı açıkça anlaşılan bir kişinin cezalandırılması, toplumun hukuk düzenine olan güven duygusunu da zedeler niteliktedir. Dolayısıyla, faydacıl ve insancıl yaklaşımlar, akıl hastası suçluların tedavi edilmesinin,

<sup>91</sup> Taner, 364; Erem/Danışman/Artuk, 516 vd.; Şensoy, “Akli Maluliyet”, 132 vd.

<sup>92</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/M’Naghten\\_Rules](http://en.wikipedia.org/wiki/M’Naghten_Rules), 17.12.2008. (M’Naghten kuralına ilişkin bu web sitesinden alınan bilgiler, tarafımızdan Türkçe’ye çevrilmiştir.)

toplum çıkarına faydasının, bu kişilerin cezalandırılması durumuna kıyasla çok daha fazla olduğunu kabul eder.

Akıl hastalığı savunmasının tarihsel değişimine bakıldığında, bunun başlangıçta ayrı bir savunma olmadığı, sadece özel bir durum olduğu görülür. Sanığın akıl hastası olması durumunda, jüri özel bir karar verirdi ve bu karara dayalı olarak Kral'ın bireyi affetme yetkisi bulunuyordu.

Sanığın akıl hastası olup olmadığının tespiti aşamasında mahkemelerin ne gibi kıstaslara itibar ettikleri de tarihi süreç içinde değişiklik göstermiştir. Örneğin, *R v Arnold* (1724) davasında, akıl hastalığı, şu şekilde tanımlanmıştır: “Kişi, anlama yeteneği ve hafızasından yoksun ise ve ne yaptığını ancak bir vahşi hayvan ya da bebeğin bilebileceği kadar biliyorsa, akıl hastasıdır.”

M’Naghten davasında ise, Lordlar Kamarası tarafından getirilen tanım şu şekilde idi: “Bütün davalarda, tüm jüri üyelerine, her bireyin, aksi ispat edilinceye kadar akıl sağlığı yerinde olduğu ve suçlarından dolayı sorumlu olduğu söylenmelidir. Akıl hastalığı yönünde bir savunmanın öne sürülebilmesi için, fiilin gerçekleştirildiği sırada, sanığın zihni bir rahatsızlıktan ötürü, yaptığı şeyin doğasının ve özelliğinin farkında olmaması veya farkında olsa bile yaptığı şeyin yanlış olduğunun bilincine varamaması gerekir. Bu durum, jüri üyelerini ikna edecek şekilde ispatlanmadığı sürece, sanığın akli dengesinin yerinde olduğu kabul edilir.” Bu tanımın odak noktasının “Sanık, ne yaptığının farkında mıydı?” sorusu olduğu söylenebilir. Daha sonra davanın temyiz aşamalarında da, akıl hastalığı bakımından bir takım kıstasların değerlendirilip tartışıldığı görülmektedir:

#### “Akıllılık Karinesi ve İspat Külfeti”

Akıllılık, çürütülebilir bir karinedir ve ispat külfeti buna dayanan taraf üzerindedir. İspatın standardı ise, olasılıklar yasasına dayanır: Akli yetersizlik, akıllılığa göre daha az rastlanan bir durumdur. *Bratty v. Attorney-General for Northern Ireland* (1963 AC 386) davasında, Lord Denning’in hükmüne göre, sanık, akli durumuna ilişkin bir konuyu gündeme getirdiği vakit, savcı da, sanığın akıllı olduğu yönünde delil ortaya koyabilir. Fakat bu durum, yalnızca otomatizm (bazı psikişik bozukluklarda ve epilepsi sırasında kişinin istem dışı olarak bazı hareketleri sürekli tekrarlaması) ve kısmi akıl hastalığı gibi durumlarda söz konusu olmaktadır. Akıl hastalığı savunması, genellikle ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmak veya azaltmak amaçlarıyla ileri sürülmüştür. Örneğin, *R. v. Clarke* (1972 1 All E R 219) davasında, basit hırsızlıktan yargılanan sanık, işlediği iddia edilen suçta “mens rea” oluşmadığını zira depresyon geçirmekte olduğu için, mağazadan aldığı ürün için ödeme



yapmayı unuttuğunu ileri sürmüştür. Burada getirilen kural şu idi: Akıl hastalığına ilişkin kurallar, yalnızca hastalığın “önemli” olması durumunda uygulanır.

### “Zihnin Hastalığı”

Belirli bir durumun, kurallara göre “zihnin bir hastalığı” olarak sayılıp sayılmayacağı, tıbbi değil hukuki bir konudur ve bunun, genel yorum kurallarına göre çözümlenmesi gerekir. Genel kaniya göre, zihin fonksiyonlarındaki herhangi bir bozukluk, “zihnin hastalığı” olarak sayılmalıdır ve bunun sadece beynin kendisi ile ilgili bir durum olması gerekmez. Bu terimin, birtakım durumlar bakımından geçerli olduğu görülmüştür:

-*R v Kemp (1957 1 QB 399)* davasında, arteriyoskleroz (damar sertliği) hastası olan sanık, hastalığın etkisi ile kontrolünü kaybetmiş ve eşine bir çekiç ile saldırmıştır. Bu, içsel ve fiziksel bir durum olmasının yanı sıra, zihnin bir bozukluğu olarak da kabul edilmiştir.

-*R v Sullivan (1984 AC 156)* davasında, epilepsi hastası olan sanık, bir başkasına karşı etkili eylemde bulunmuştur. Burada da, epilepsi hastalığı, yine içsel bir durum ve de zihnin bir hastalığıdır. Bu davada, sara nöbetinin geçici bir süreç olmasının da herhangi bir önemi bulunmadığı vurgulanmıştır.

- *R v Quick & Paddison (1973 AER 397)* davasında, şeker hastası sanık, uygulamış olduğu insülin, tüketmiş olduğu alkol ve uzun süre aç kalmasının bir sonucu olarak, bir başkasına saldırıda bulunmuştur. Fiili gerçekleştirdiği sırada sanık, hipoglisemi durumundadır. Ani durum, dıştan gelen faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıktığı için; bunun zihnin bir hastalığı olarak sayılması söz konusu olamamıştır. Otomatizm de söz konusu değildir zira kontrolün kaybedileceği, sanık tarafından öngörülmüş olması gereken bir durumdur.

- *R v Hennessy (1989 1 WLR 287)* davasında, yine şeker hastası olan sanık, bir araba çalmış ve stres ve insülin almamasından kaynaklanan hafif bir hipoglisemi nöbeti geçirdiği sırada arabayı kullanmıştır.

Yukarıda aktarılan kararlara konu olan somut olaylar bakımından mahkemelerin vardığı ortak sonucun şu olduğu söylenebilir: Stres, anksiyete ve depresyon gibi durumların, birtakım dış faktörlerin ortaya çıkmasına sebebiyet verdiği şüphesizdir. Fakat bunların tek başlarına, zihnin normal fonksiyonlarını etkileyecek ya da otomatizme yol açacak faktörler olduğu kabul edilemez. Bunlar, tekrarlanmaya meyilli zihin durumlarıdır.

- *Bratty* davasında Lord Denning, bir uyurgezer tarafından işlenen bir suçun, otomatizm içerisinde hareket eden bir kimsenin işlediği suç ile aynı nitelikte olduğu fikrini savunmuştur. Fakat *R v Sullivan*'da, zihnin hastalıklarının, bir kalıcılık gerektirmediği söylenmiştir ve uyurgezerler de, dış bir faktöre ilişkin somut bir delil olmadığı müddetçe içsel kaynaklı bir zihin hastalığına sahip olabilirler.

- *R v Burgess (1991 2 WLR 1206)* davasında, Temyiz Mahkemesi, uyurgezer halde iken, bir kamera ile bir kadını yaralayan sanığın, M'Naghten kurallarına göre akıl hastası olduğu sonucuna varmıştır. Bu davada Lord Lane şöyle söylemiştir: "Uykunun normal bir durum olduğunu kabul ediyoruz fakat somut olayımızdaki uyurgezerliğin ve özellikle de uyku sırasındaki şiddet eğiliminin normal olmadığını gösteren emareler mevcuttur."

Görüldüğü gibi mahkemeler, sanığın akli durumunu etkileyen içsel ve dışsal faktörler arasında bir ayrıma gitmişlerdir. Bu ayrımın büyük ölçüde, sanığın fiiline etki eden haller bakımından söz konusu olan gönüllülük ve bilinçliliğe dayandığı görülür. Yukarıda kısaca açıklanan *Hennesy* davasında bu durum açıkça ortaya koyulmaktadır. Yine yukarıdaki *Quick & Paddison*'da ise, sanığın bir şeker hastası olmasına rağmen, akli durumunun, şeker hastalığından ziyade uzun süredir bir şey yemiyor olması ve alkol tüketmiş olması durumlarından etkilendiği belirtilerek, yine bu ayrıma gidilmiştir. Kararda da, açıkça söylenmese de bu durumun sanığın kontrolü altında olabileceği görüşü öne sürülmüştür.

M'Naghten kurallarına göre, eğer bir sanığın, bilincinde olduğu bir tıbbi durumu varsa ve sanık bunun ortaya çıkmasını engelleyici tedbirleri almak yönünde hareket etmiyor ise, artık bu tıbbi durumdan kaynaklanan zihni bozukluk, akıl hastalığı olarak kabul edilemez.

Yukarıda sözü edilen *Burgess* davasında da görüldüğü üzere, akıl hastalığı ile otomatizm arasındaki kesişim noktası, genellikle çok net değildir. Uyurgezerlik sırasında işlenen fiillerin çoğunlukla "akıl hastalığı derecesine varmayan otomatizm" olarak adlandırıldığı görülür. O davada ise, uyurgezerlik sırasında işlenen etkili eylem fiili, akıl hastalığını destekler bir emare olarak görülmüştür.

#### "Fiilin Doğası ve Özelliği"

Bu ifade, fiilin ahlaki özelliğinden ziyade, fiziksel anlamdaki doğası ve özelliğini anlatır. Bu, sanığın, fiziksel olarak ne yapmakta olduğunu bilmemesi durumunu da kapsar. Bu konuda yaygın olarak verilen iki örnek vardır:

- Sanığın, bir ekmeğin kesiliyor olduğu hayali ile, bir kadının boğazını kesmesi.

- Sanığın, uyuyan bir adamın başını kesmesi. Sanığın bunu yaparken, adamın uyandığında başını aramasını seyretmenin çok eğlenceli olacağını düşünmesi.

Tüm bu davalara konu olan ve farklı zamanlarda cereyan etmiş bulunan bu olaylarda, hâkimlere sorulan soru şu idi: Kişinin, suçu akli bir kuruntu, saplantının etkisi altında işlemiş olması durumunda, bu, kişinin sorumluluğu açısından bir mazeret teşkil eder mi? Bu soruya verilen cevap ise genellikle şu şekildeydi: Eğer sanık, bu suçu sadece kısmi bir delüzyon (kuruntu, saplantı, yanlış inanç, hatalı yargılama) içindeyken işlemiş ise, sorumluluk bakımından, delüzyona sebep olan faktörlerden bağımsız olarak bir değerlendirme yapılmalıdır. Eğer bu delüzyonlar, sanığın kusur yeteneği tamamen kaldırmıyorsa, bir savunma söz konusu olmayacaktır.

*R v Bell (1984 Crim. LR 685)* davasında sanık, minibüsünü bir tatil köyünün girişine doğru sürerek kapıya çarpmış, sonrasında “Orada esrarengiz bir topluluk var gibiydi ve ben de onlara karşı durmak adına payıma düşeni yapmalıydım” demiş ve bu emrin de kendisine Tanrı tarafından verildiğini iddia etmiştir. Fakat mahkeme, sanığın kendi fiillerinin bilincinde olduğuna kanaat getirmiştir. Mahkemeye göre sanık, ne otomatizm ne de akıl hastalığı durumu içerisindedir. Sanığın, yaptığı fiilin bir Tanrı emri olduğuna inanması ise yalnızca onun saikini ortaya koyan bir durumdur ve bu durum, onun, fiilinin hukuki anlamda yanlış bir şey olduğunu bilmesini engellemez.

Michel Foucault’nun, 1830’lu yıllarda geçen gerçek bir olayı konu alan “Annemi, Kız Kardeşimi ve Erkek Kardeşimi Katleden Ben, Pierre Riviere” adlı eserinde de, yukarıdaki davadakine benzer şekilde, Tanrı’nın emri üzerine ailesini öldüren bir sanığın, akıl hastası olup olmadığı, mahkemece tespit edilmeye çalışılmaktadır. Bu davada da mahkeme, her ne kadar sanık Riviere de fiilinin Tanrı emri olduğunu iddia etmiş ise de, sanığın cezaevinde kaleme aldığı ayrıntılı ve olaylar arasındaki bağlantıları gayet başarılı bir şekilde aktaran savunmasını dikkate alarak, böyle bir savunmayı bir akıl hastasının yazamayacağına karar vermiştir. Burada mahkeme, Riviere’in akıl hastası olmak bir yana, bu fiillerinin Tanrı emri olduğunu düşündüğüne mahkemeyi ikna edip akıl hastalığı savunmasından yararlanmak isteyecek kadar akıllı olduğu sonucuna varmıştır<sup>93</sup>.

#### “Fiilin Yanlış Olduğunun Bilinmesi”

M’Naghten kuralının esasına göre, buradaki “yanlış”, ahlaki değil hukuki bir anlam taşır. Fail, fiili işlediği sırada, fiilinin hukuken yanlış olduğunun farkında değil ise, bu gerekliliği yerine

---

<sup>93</sup> Foucault, Michel , “Annemi, Kız Kardeşimi ve Erkek Kardeşimi Katleden Ben, Pierre Riviere, 19. Yüzyılda Bir Aile Cinayeti”, Çev: Erdoğan Yıldırım, Ara Yay., İstanbul 1991.

getiremiyor demektir. *Windle (1952 2QB 826; 1952 2 All ER 1 246)* davasında sanık, eşini aşırı dozda aspirin ile öldürdükten hemen sonra polisi arayarak bunu yaptığı için intihar edeceğini söylemiştir. Burada mahkeme, sanıkta bir akıl hastalığı bulunuyor olmasına rağmen, yaptığı fiilin yanlış olduğunun bilincinde olduğunu ileri sürmüştür.

#### “Belirli Bir Kastla İşlenmeyen Suçlar”

*DPP v Harper (1997)* davasında, kusursuz sorumluluk halleri bakımından akıl hastalığının bir savunma olarak kabul edilemeyeceği vurgulanmıştır. Bu örnekte, şüpheli, aşırı alkollü halde araba kullanmaktadır. Burada, şüphelinin alkollü iken araç kullanmanın hukuken yanlış bir hareket olduğunu bildiği varsayılmıştır ve onun, bunun dışında kalan bilgisi ise, olayla alakasız olarak kabul edilmiştir.

#### “Jürinin Fonksiyonu”

M’Naghten Kuralları’nın doğmuş olduğu İngiltere’de, 1991 tarihli Ceza Muhakemesi Kanunu’nun birinci bölümündeki “Akıl Hastalığı ve Savunma Ehliyetsizliği” kısmında, jürinin “Sanık, akıl hastası olduğu için suçlu değildir” şeklinde özel bir karar vermesine imkan tanınmamıştır. Bunun bir istisnası vardır ki o da, iki ya da daha fazla sayıda ve en az birinin uzmanlık alanı psikiyatri olan doktorun yazılı veya sözlü raporunun bulunması halidir. Bu halde jürinin, -her zaman olmasa da- birbiri ile çelişen tıbbi deliller arasında karar vermesi gerekebilir. İngiltere’de doktorlar tarafından verilen bilirkişi raporlarının jüriler üzerindeki bağlayıcılığı hususunda açık bir düzenleme bulunmaktadır. Buna göre jüri üyeleri, eğer maddi olguları çevreleyen birtakım durumların kendi vardıkları sonuca etki ettiğini ve bunların da doktor raporunda bulunmadığını görürlerse, raporu dikkate almayabilirler.

#### “Cezalandırma”

Yukarıda sözü edilen 1991 tarihli İngiliz Ceza Muhakemesi Kanunu’nun “Akıl Hastalığı ve Savunma Ehliyetsizliği” kısmına göre,

a) Eğer, kanun tarafından jürinin önündeki maddi olaydaki suça ilişkin olarak sabit bir ceza belirlenmişse (Örneğin kasten öldürme suçunda olduğu gibi), mahkeme belirsiz süreli olarak bir hastaneye yatırılma emri verir. Aksi takdirde, sanığın hapis cezasını gerektiren suçu sabit olmuşsa ve hakkında yeterli ölçüde tıbbi delil de varsa, hastaneye yatırılma emrinin, “bir akıl hastalığının tedavisi amacıyla gözaltında tutulması” şeklinde bir ibareye yer vermesi gerekir. (1983 tarihli Akıl Sağlığı Yasası, madde 37-43)

b) Bunun dışında kalan diğer tüm ihtimaller bakımından mahkeme, hastaneden çıkarılmanın herhangi bir zaman sınırına bağlı tutarak ya da tutmaksızın hastaneye yatırılma emri

verebilir, belirli koşulların varlığında sanığın vesayet altına alınması tedbirine hükmedebilir, denetim ve tedavi tedbirine hükmedebilir veya sanığın tamamen serbest bırakılmasına da karar verebilir.

Tüm bu düzenlemeler yanında, M'Naghten kurallarına getirilen eleştiriler de olmuştur. Bu eleştiriler, tıbbi alakasızlık, ispat külfeti, etkisizlik, kasten öldürme suçundaki cezalandırma ve kapsam başlıkları altında toplanabilir. Her bir başlık altındaki eleştirilerden kısaca söz etmek gerekirse:

*Tıbbi ilgisizlik* başlığı altında getirilen eleştirilerin başında, “akıl hastalığı” tanımının eski bir tanım olması ve 1843'ten bu yana söz konusu tanımda önemli bir değişiklik yapılmamış olması gelir. 1953'te görülen bir davada bile doktorlar, akıl hastalığına getirilen tanımı “demode” bulmuşlardır. Ayrıca akıl hastalığının tıbbi tanımı ve hukuki tanımı şeklinde bir ayrımın bulunması da bir takım tuhaf durumlara sebebiyet vermiştir. Örneğin, her ne kadar hukuki tanım yeterli görülse de, zorunlu hastaneye yatırma tedbiri, yalnızca kasten öldürme suçları bakımından söz konusu olabilmektedir ve eğer sanık, *tıbbi* anlamda akıl hastası değilse, tedavi tedbirine gerek duyulmasının çok da anlamı olmadığı söylenir. Söz konusu olan bir diğer tuhaf durum ise; diyabet hastalığının, hiperglisemiye yol açtığı durumlarda akıl hastalığı savunmasından yararlanılabilmekte iken, hipoglisemiye yol açtığı durumlarda yararlanılamamaktadır. Ayrıca, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 5. maddesinin, 1998 tarihli İnsan Hakları Kanunu ile İngiliz Hukuku'na yansıtılması sonucu getirilen hükme göre, sağlıklı bir zihne sahip olan kişi yalnızca yeterli seviyede ve objektif bir tıbbi bilirkişi incelemesinden geçmeksizin gözaltında tutulamaz. Fakat bu hükmün tartışıldığı herhangi bir dava olmamıştır.

*İspat külfeti* başlığı altında getirilen eleştiriler, özellikle de *Woolmington v. DPP* davasında, ispat külfetinin daima iddia makamında olduğu şeklinde getirilen prensibe ilişkindir. Çünkü akıl hastalığının ileri sürüldüğü davalar bakımından artık ispat külfetinin iddia makamından savunma makamına doğru yer değiştirmeye başladığı görülmektedir.

*Etkisizlik* başlığı altında M'Naghten kurallarına getirilen eleştiriler, kamu için tehlike yaratan sanıklar ile yaratmayanlar arasında bir ayrım yapılmaması noktasında toplanmaktadır. Diyabet ve epilepsi gibi hastalıklar, tedavi ile kontrol altına alınabilmekte ve bu hastalıklara tutulan kişilerin geçici olarak akli bakımdan normalin dışına sapmaları durumu, diğerlerine göre daha az olabilmektedir fakat hukuki bakımdan böyle bir ayrım yoktur.

*Kasten öldürme suçundaki cezalandırma* bakımından, akıl hastası bir sanığın, ömür boyu hastanede kalması ihtimali vardır. Buna karşılık, kasten öldürme suçundan mahkûm olan ve

akıl hastası olmayan bir sanığın cezası, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezası olacaktır ki birçok sanık aslında bu seçeneği diğerine yeğler.

Son olarak *kapsam* başlığı altında getirilen eleştirilere bakıldığında ise, pratik açıdan önemi olan şu konu üzerinde durulması gerekir: Sanığın “akıl hastalığı” altında hareket ediyor olması, sorumluluğunu ortadan kaldırmak veya azaltmak bakımından gereklidir fakat yeterli olmamalıdır. Yani, akıl hastalığı konusunda yapılacak olan testin, ne yaptığının farkında olma, yaptığının yanlış olduğunun farkında olma veya bir şeyi yapma konusundaki dürtülerini kontrol altına alma konularındaki yetersizliği de kapsaması da gerekir mi sorusu gündeme gelmektedir. Buna bağlı olarak da, bu yetersizlikle potansiyel suçlar ve ihmaller arasında bir bağlantı kurulması söz konusu olmalıdır. Örneğin, İrlanda’da akıl hastalığı savunması, M’Naghten kurallarını kabul eder ve bunun için yapılan testte, kişinin suç işlemekten geri durmasının, bir akıl hastalığı sebebiyle engellenip engellenmediğine bakılır. Burada, ağır akıl hastalığının, sorumluluğu etkilemeye yetecek derecede sağlam bir delille ispat edilmesi gerekmektedir. Söz konusu olan durum, ciddi bir akıl hastalığının ispatlanması ile reddedilemeyecek bir varsayımın ortaya çıkması ve bunun da ceza sorumluluğunu etkilemesidir. Akli bir işlevsizliğe ilişkin olarak herhangi bir delil söz konusu olduğunda, basit bir şekilde ceza sorumluluğunun bulunmadığının kabul edilmesi eleştirilmektedir. Bunun yerine, ceza sorumluluğunun bir standardının olması gerekir. Bu fikre göre, hukuk sadece psikiyatrik bir tanıdan ibaret olmamalı ve “sorumluluk” çerçevesinde düzenlenmelidir.

### **5.2.5 Türk Ceza Kanunu’nun Kabul Ettiği Sistem**

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu m. 32’de, “*Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur*” demek suretiyle, yukarıda sayılan sistemlerden, karma sistemin benimsenmiş olduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi, maddede belirli akıl hastalıkları zikredilmemiş, yalnızca “akıl hastalığı nedeniyle” şeklinde genel bir tabire yer verilmiştir ki bu, karma sistemin biyolojik kısmını oluşturmaktadır. Buna karşılık, “işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını kavrayamama” şeklindeki ibare ise, biyolojik durum olan akıl hastalığından kaynaklanan psikolojik durumdur. Psikolojik kısmı ifade eden bu ibarenin, maddenin ikinci fıkrasındaki karşılığı ise, “*işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış olması*”dır. Bir akıl hastalığından doğan “davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalmış olması” hali söz konusu olmaktadır. Şen ise, 5237 s. TCK’da benimsenen sistemin, psikolojik sistem olduğunu ifade eder: “*...Böylece, Türk Ceza Kanunu’nun psikolojik sistemi kabul ettiği düşünülebilir. Bir başka ifadeyle, akıl*

*hastalıkları Kanunda sayılmamış, sadece akıl hastalığının kişinin algılama ve irade yeteneği üzerinde etkili olması halinde, failin cezai açıdan sorumlu tutulmayacağı veya indirilmiş ceza ile sorumlu tutulacağı belirtilmiştir<sup>94</sup>.*

2005 yılında ilga edilen 765 s. TCK'da da, akıl hastalıklarının tayini konusunda karma sistem benimsenmişti. 765 s. TCK m. 46'da, *“şuurunun veya hareketinin serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl maluliyetine duçar olan kimseye ceza verilemez”* şeklinde bir hüküm vardı. Burada da sorumsuzluğa yol açan akıl hastalıklarının teker teker sayılmadığı ve yalnızca belli akli yeteneklerden yoksun olmanın da aranmadığı görülür. Bir yandan “akli maluliyet” biyolojik unsuru aranırken, diğer yandan da, “şuur veya hareket serbestisi” şeklinde psikolojik unsur aranmaktadır<sup>95</sup>.

Görüldüğü gibi, hem 765 s. hem de 5237 s. TCK bakımından, yalnızca patolojik olarak bir akıl hastalığının kişide var olması onun ceza sorumluluğunu ortadan kaldırmaya veya azaltmaya tek başına yetmez. Bunun aynı zamanda 765 s. TCK bakımından “şuur veya hareket serbestisini kaldırması”, 5237 s. TCK bakımından ise “fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamama veya fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalması” sonucunu doğurmuş olması gerekir. Ayrıca, bir akıl hastalığının TCK anlamında, sorumluluğu ortadan kaldırması veya azaltması için, maddede aranan unsurlar çerçevesinde belirli bir seviyeye ulaşmış olması gerekir. Söz konusu hastalığın, işlenen suç bakımından somut bir rol oynaması şarttır.

Çoğu yazar, kanunumuzun sistemini yerinde bulmakla birlikte, bazı yazarlar tarafından ise bu sisteme getirilen eleştiriler bulunmaktadır. Bunlara göre, gerek eski kanunda kabul edilen “şuur veya hareket serbestisi” ve gerekse yeni kanunda kabul edilen “davranışlarını yönlendirme yeteneği” kavramları, akıl hastalığı kavramına ilişkin sınırlayıcı tabirlerdir. Zira davranışlarını yönlendirme yeteneğini haiz olmakla birlikte tam akıl hastası sayılan kişiler vardır, bu tür akıl hastalıkları mevcuttur. Bazı akıl hastalıkları, failin tüm fiillerinde ceza sorumluluğu ortadan kaldırırsa da, çoğunlukla önemli olan somut olaydaki durumdur. Örneğin sara nöbeti geçiren kişinin, fiili işlediği sırada bu nöbet halinde olduğu tespit edilirse, davranışlarını yönlendirme yeteneğinin bulunmadığı söylenebilir. Ancak, kişinin sadece sara hastası olması önem arz etmez; kişinin ne zaman nöbet halinde olduğunu tespit etmek de zordur. Önemli olan, fiili işlediği sırada bu rahatsızlığının kusur yeteneğine olan etkisidir. Dolayısıyla, genel geçer bir şekilde “davranışlarını yönlendirme yeteneği” kavramını

<sup>94</sup> Şen, Ersan “Ceza Sorumluluğunu Kaldıran ve Azaltan Sebepler”, Sempozyum: Türk Ceza Kanununun 2 Yılı, Teori ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar, TCHD Yayınları: 10, İstanbul 2008, 113.

<sup>95</sup> Ünver, 90; Taner, 364.

kullanmak, doğru sonuçlar doğurmayabilecektir. Bu bakımdan, bu tür tabirlerin, akıl hastalığı bakımından sınırlayıcı nitelikte olduğu fikrine katılmak mümkündür. Fakat öte yandan da, bu şekilde bir kriter getirilmeden kanunda düzenleme yapılmasının güç olduğu, hangi kavram kullanılırsa kullanılsın bunun aksine olan durumların mevcut olabileceği düşünülecek olursa, hakimin bu kavramı her bir somut olaydaki hastalık bakımından hassas bir şekilde değerlendirmesi ile bu sakıncanın bertaraf edilebileceğini söylemek daha doğru olacaktır. Örneğin, yukarıdaki durum bakımından, kişinin sara hastası olup olmadığına ve fiili sırasında nöbet geçiriyor olup olmadığına tıp bilimi karar verdikten sonra, bunun kusurluluğa etkisi konusunda hâkim karar verecektir<sup>96</sup>.

## 6. Akıl Hastalıklarının Ceza Kanunlarında Düzenlenişi

### 6.1 5237 s. TCK'da

Akıl hastalığı, 5237 s. TCK m. 32'de düzenlenmiştir. Bu madde, kanunun “Ceza Sorumluluğunun Esasları” başlıklı ikinci kısmının “Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Nedenler” başlığını taşıyan ikinci bölümü altında yer almaktadır.

TCK m. 32'deki düzenleme şu şekildedir:

*“(1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.*

*(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.”*

Görüldüğü gibi, kanun akıl hastalığını tanımlamamaktadır. Akıl hastalıklarını bütün çeşitleri ve biçimleri ile kapsayacak bir tanım bulmak belki de olanaksızdır<sup>97</sup>. TCK m. 32'de, kişinin ceza sorumluluğu bakımından, akıl hastalığının, davranışları üzerindeki etkisi göz önünde bulundurulmuştur. Bu bakımdan önemli olan, akıl hastalığının kişinin algılama ve irade yeteneği üzerindeki etkisidir. Buna göre, suç teşkil eden bir fiil işleyen kişinin akıl hastası

<sup>96</sup> Yiğit, Nuri (Tekirdağ Cumhuriyet Başsavcısı), “TCK Genel Hükümler”, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/130>, 27.12.2008.

<sup>97</sup> Yüce, Turhan Tufan, “Ceza Hukuku Dersleri, Cilt:1”, Şafak Basım ve Yayınevi, Manisa 1982, 316.



olup olmadığının, akıl hastası ise bu hastalığının kişinin davranışları üzerinde ne tür etkilerinin olabileceğinin, bu hastalığın somut olayda kişinin işlediği fiile ilişkin algılama ve irade yeteneği üzerindeki etkisinin araştırılıp belirlenmesi gerekir<sup>98</sup>. Söz konusu belirleme, psikiyatri bilimi verileri çerçevesinde ve bu bilimin uzmanlarınca gerçekleştirilecektir. Psikiyatristler, kişinin akıl hastası olup olmadığını, akıl hastası ise ne kadar zamandan beri akıl hastası olduğunu belirleyeceklerdir. Kişinin ne zamandan beri akıl hastası olduğunun tespiti önemlidir zira yukarıda “ALIC” başlığı altında da açıklandığı üzere, esas olan fiilin gerçekleştirildiği sırada bulunan akıl hastalığıdır. Bunun dışında, sanıkta yargılama veya infaz aşamasında ortaya çıkan akıl hastalıkları, artık kusurluluğu etkileyen bir unsur olmaktan çıkar, bir ceza muhakemesi meselesi halini alır. Kişinin akıl hastası olup olmadığının tespiti hususunda uygulanacak kriterler, daha önce de belirtildiği gibi, hukukçunun çalışma alanının dışında kalır. Dolayısıyla, hekimler tarafından yapılan tespitler, soyut nitelikli olmalıdır. Burada kast edilen, hekimler tarafından yapılan belirlemelerin, sanığın somut olaydaki durumuna ilişkin olarak yapılmaması gerektiğidir. Hekimlerin yapacağı inceleme, somut olaydan bağımsız, genel ve soyut nitelikli olmak durumundadır. Bu soyut belirlemenin ardından ve buna dayanarak somut olayda işlenen fiille bağlantılı olarak kişinin bu akıl hastalığı nedeniyle algılama veya irade yeteneğinin etkilenmiş olup olmadığını, yani kusurlu olup olmadığını takdir yetkisinde olan ise, münhasıran mahkemedir. Mahkeme, bu değerlendirmeyi yaparken, uzman hekimler tarafından düzenlenen rapor içeriğini göz önünde bulunduracaktır<sup>99</sup>.

Akıl hastalığı nedeniyle kişinin ceza sorumluluğunun olmadığını kabul etmek için;

a) Mevcut akıl hastalığının, kişinin işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğini ortadan kaldırması gerekir,

b) İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılamakla beraber, maruz kaldığı akıl hastalığı nedeniyle kişinin bu fiille ilgili olarak davranışlarını, hukukun icapları doğrultusunda yönlendirme yeteneğinin ortadan kalkmış veya önemli ölçüde azalmış olması gerekir<sup>100</sup>.

TCK m. 32/1 anlamında akıl hastası olduğu tespit edilen ve dolayısıyla işlediği fiille ilgili olarak kusur yeteneği ve ceza sorumluluğu bulunmayan kişi hakkında, mahkeme, TCK m. 57’de ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiş bulunan, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirine hükmedecektir.

---

<sup>98</sup> Özgenç, İzzet, “Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yay., Ankara 2008, 366.

<sup>99</sup> Özgenç, 366.

<sup>100</sup> Özgenç, 367.

TCK m. 32/2'ye göre ise, ilk fıkrada sözü edilen derecede olmamakla birlikte, işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında, ilk fıkradakinden farklı olarak, cezaya hükmedilebilmekte fakat cezasında indirimde gidilmektedir. Maddenin ikinci fıkrasının üçüncü cümlesinde, cezanın “*süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalıklarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabileceği*” şeklinde, son derece isabetli bir hüküm getirilmiştir. Madde metnindeki “uygulanabilir” kelimesinden de açıkça anlaşılacağı üzere, burada cezanın ne şekilde uygulanacağı konusunda bir zorunluluk değil, takdir hakkı söz konusudur. Bu konuda karar verme yetkisi, hükmü veren mahkemeye aittir. Mahkeme, kişi hakkında hapis cezasına hükmederken, bu cezanın akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak infazına karar verebilir. Hükmü veren mahkeme, cezanın bir ceza infaz kurumunda infaz edilmeye başlamasından sonra da, geri kalan kısım bakımından akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri şeklinde uygulanmasına karar verebilir. Veya tersi ihtimal düşünülecek olursa; hükmolunan hapis cezasının, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak infazına karar verildikten ve infaza bu şekilde başlandıktan sonra, hükümlünün, söz konusu güvenlik tedbirinin gereklerine aykırı davranması durumunda, mahkemece kalan sürenin ceza infaz kurumunda çektirilmesine karar verilmesi de imkân dâhilindedir.

Sanık hakkında hükmolunan hapis cezasının, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak infazına karar verilebilmesi imkânı bakımından dikkat edilmesi gereken bir husus vardır: Hükmolunan hapis cezasının kısmen veya tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak infazına karar verilmesi halinde, mahkûmiyet, bir ceza mahkûmiyeti olarak varlığını muhafaza etmektedir. Dolayısıyla, hapis cezasına mahkûmiyete bağlı hak yoksunluğu gibi hukuki sonuçlar bu durumda da doğacaktır. Bu durumda yaptırımın türü değişmemektedir. Sadece hükmolunan hapis cezasının infaz suretinde bir değişiklik söz konusu olmaktadır<sup>101</sup>.

## **6.2 765 s. TCK'da**

765 s. TCK'da, akıl hastalığı, 46. ve 47. maddelerde düzenlenmekte idi.

46. maddede “tam akıl hastalığı”, şu şekilde hüküm altına alınmıştı: “*Fili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestisini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığına duçar olan kimseye ceza verilmez*”.

Burada, 5237 s. TCK'dan farklı bir düzenleme söz konusudur. 5237 s. TCK'da, “*işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişi*”den bahsedilirken, 765 s. TCK'da ise, “*fili işlediği*

---

<sup>101</sup> Özgenç, 368.

*zaman şuurunun veya harekâtının serbestîsini tamamen kaldıracak surette akıl hastalığına duçar olan kimse*”den bahsedilmektedir. İki hüküm bakımından “önemli derecede azalmış” ve “tamamen kaldıracak surette” ifadeleri karşılaştırıldığında, durumun farklılığı ortaya çıkmış olur. *Hafizoğulları*, 765 s. TCK m. 46’daki düzenlemenin daha isabetli olduğu görüşündedir ve yazar 5237 s. TCK m. 32/1 hükmünün de “Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını *tam* algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini *tamamen* kaybetmiş olan kişiye ceza verilmez” şeklinde olması gerektiğini ileri sürmektedir. Yazara göre, ancak bu şekildeki bir düzenleme ile TCK m. 32/1’deki durum ile m. 32/2’deki durum arasındaki fark belirgin olarak ortaya koyulabilir<sup>102</sup>.

Görüldüğü gibi 765 s. TCK’da, şuur veya harekât serbestîsini tamamen kaldıracak derecede bir akıl hastalığından söz edilmektedir ve yine, hangi hastalıkların bu dereceye vardığının tespiti, uzmanlık gerektirmektedir. Fakat hukuki bakımdan aranacak husus, sözü geçen hastalığın bulunup bulunmadığının ve etki derecesinin fiilin gerçekleştiği zamana bakmak suretiyle tespitinden ibarettir<sup>103</sup>. Daha önce de belirtildiği gibi, fiilin işlenmesinden sonra ortaya çıkan akıl hastalığı, derecesi ne olursa olsun, artık suçtan doğan ceza ilişkisini değil, usul ilişkisini ilgilendirir ve sadece davanın açılıp açılmayacağı, açılmışsa devam edip etmeyeceği, hükmedilen cezanın infazına devam edilip edilmeyeceği gibi hususları ilgilendirir. Ancak, duruşma sırasında sanığın akıl hastalığına müptela olduğunu tespit eden hâkimin, suçun işlendiği sırada da bu halin var olup olmadığını araştırması gerekir<sup>104</sup>.

Akıl hastalığının fiilin işlendiği zaman bulunması şartından, daha önce yukarıda “Actiones Liberae In Causa (ALIC)” başlığında söz edilmişti. Bu şart, özellikle aralıklı bir nitelik taşıyıp zaman zaman nükseden hastalıklar bakımından özellik arz etmektedir. Örneğin, sara nöbeti geçiren kişinin, nöbet geçirmediği zamanlarda işlediği suçlar bakımından sorumluluğu kabul edilir zira bu anlarda akıl hastalığı söz konusu değildir ve dolayısıyla da kişinin kusur yeteneği mevcuttur. Çoğunlukla bu görüş kabul ediliyor olmakla birlikte, bu tür hastalıklarda nöbet dışında kalan zamanlarda da kişinin kusur yeteneğinin bulunmayacağını ileri süren görüşler de vardır. Bu konuda ortaya atılan görüşlerden en makul gözüken ve *Dönmezer-Erman* tarafından da doğru bir çözüm yolu olarak benimsenen bu görüşe göre, bu hususta genel bir prensip belirlemek faydalı olmayacaktır. Her olayı somut olarak incelemek ve nöbet dışında suç işleyen kimsenin kusur yeteneğinin akıl hastalığı sebebiyle kalkıp kalkmadığına bakmak gerekir<sup>105</sup>.

<sup>102</sup> Hafizoğulları, “İsnat Yeteneğini Kaldıran veya Azaltan Nedenler”, 5.

<sup>103</sup> Dönmezer/Erman, C.II, 175.

<sup>104</sup> Dönmezer/Erman, C. II, 175.

<sup>105</sup> Dönmezer/Erman, C. II, 175.

Bu konuda tartışmalı olan bir diğer husus ise, failin kişiliğinin yalnızca bir bölümüne etki eder türdeki akıl hastalıklarıdır. Her ne kadar ilerleyen bölümlerde bunların bazıları açıklanacak ise de, burada tartışılan hususu ve genel olarak bu konudaki görüşleri aktarmakta fayda vardır. Bu tür hastalıklarda -ki bunlara "Folie spécialisée" denmektedir- hastalık, failin muhakemesinde, akıl ve düşüncesinde tamamiyle yerleşmiş yanlış bir fikre taallük eder. Bütün güçlük, bir taraftan "persecute-deliranf"la fasıllı cinnete müptelâ kimsenin,..hezeyan içinde bulunmadığı zamanda; diğer taraftan, "fou specialise"nin sabit fikri ile hiç bir münasebet ve alâkası yokmuş gibi görünen bir suç işlemesi halinde, mesuliyetsizliği cihetine gidilip gidilmeyeceğindedir<sup>106</sup>. Görüldüğü gibi burada, hezeyan içerisinde bulunulan zamanda suç işlenmesi hali bakımından herhangi bir problem yoktur. Çözümü güç olan husus, failin etkilenmiş olan kişilik bölümü ile alakalı olmayan bir suç işlemesi halinde ortaya çıkar. Bunları somut örneklerle açıklamak gerekirse: Örneğin, kleptomani hastası olan bir kişinin hırsızlık suçunu işlemesi durumunda kusur yeteneği yoktur ve sorumluluğu kabul edilmez. Fakat aynı kişi, bir kasten yaralama suçu işlediğinde, artık onun sorumluluğunun bulunmadığını söylemek doğru olmayabilir. Bir başka örnekte ise, sürekli düşmanları tarafından öldürüleceği düşüncesi ile yaşayan bir kişi vardır ve bu kişi, kendisini öldüreceğini düşündüğü hayali düşmanından önce davranıp onu öldürmüş ise, burada saplantısı ile alakalı bir suç tipi söz konusudur ve bu suç tipi bakımından kişinin kusur yeteneği yoktur. Fakat bu kişi malvarlığına karşı suçlardan birini işlerse artık saplantısı ile bağlantılı olmayan bir suç söz konusu olacağından artık kusur yeteneği ve dolayısıyla da sorumluluğu var sayılmalıdır. Bu konuda çoğunlukla kabul edilen görüş bu şekilde, akıl hastalığı ile işlenen suç arasında nedensellik bağı aramaktadır. Buna karşılık, diğer bir görüşe göre ise, bu şekilde düşünmek sakıncalı olabilecektir. Zira normal olarak hastalıkla fiil arasında bizim kuramadığımız bağlantının, failin hasta zihninde kurulabilmesi mümkün olabilir. Dolayısıyla hastalıkla fiil arasında bir nedensellik bağı aramaya gerek ve imkân yoktur. Şensoy da bu ikinci görüşü savunan yazarlar arasındadır ve görüşünü şu şekilde açıklar:

*"...Çünkü aklî melekelerin herhangi birinde husule gelmiş olan bir tagayyürün, insan beynindeki diğer melekelerin heyeti umumiyesine sirayet etmeden sadece biri üzerinde mahallileşmesi ihtimali pek azdır. Diğer taraftan, sahw halinde bulunan bir "persecute delirant" veya fasıllı cinnete müptelâ bir kimsenin evvelce vaki hezeyanının hiç bir surette tesiri olamayacağı, bunun gibi bir "fou speciaie" nin işlediği fiil, sabit fikirle belli ve aşikâr bir ilgi arzetmese de, bu ilginin akıl hastasının*

<sup>106</sup> Şensoy, Naci, "Akli Maluliyetin İlmî Cepheden Tetkiki", AÜHFD, 166, <http://www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/245/2182.pdf>, 08.12.2008.

*düşüncesinde mevcut olup olmadığı, işlenen fiil ile sabit fikir arasında, deli mantığı bakımından bir merbutiyet bulunup bulunmadığı her zaman kestirilemez<sup>107</sup>.”*

Görüldüğü gibi yazar, bu düşüncesinin temeli olarak, hiçbir hastalığın bir kişinin yalnızca bir akli meleke üzerinde ortaya çıkamayacağı ve herhangi bir akli meleke üzerinde oluşan hastalığın, diğer akli melekeler de mutlaka etkisi olacağı düşüncesini göstermiştir. Ayrıca, hastalık ile fiil arasındaki nedensellik bağının failin hasta ruhunda kurulup kurulmadığını tespit edebilmek de yazara göre mümkün görünmemektedir. Yargıtay, akıl hastalığını tek başına ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran veya azaltan bir hal olarak görememekte, işlenen suç ile akıl hastalığı arasında nedensellik bağı aramaktadır<sup>108</sup>.

765 s. TCK m. 47’de ise, “kısmi akıl hastalığı” düzenlenmiş bulunmakta idi. Buna göre, “*Fiili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestisini ehemmiyetli derecede azaltacak surette akli maluliyete müptela olan kimseye verilecek ceza aşağıda yazılı şekilde indirilir: 1- İdam cezası yerine 25 seneden aşağı olmamak üzere ağır hapis; 2- Müebbet ağır hapis yerine 10 seneden 15 seneye kadar ağır hapis; 3- Amme hizmetlerinden müebbet memnuiyet cezaları hükmolunur. Diğer cezalar üçte birden yarıya kadar indirilir.*”

Tam akıl hastaları ile akıl sağlığı yerinde olan kişiler arasında “kısmi akıl hastaları” şeklinde ayrı bir grup bulunduğu fikri, psikiyatri bilimi tarafından uzun yıllar önce ortaya koyulmuştur. Bu keşfin sonrasında, akıl hastalığı konusunu düzenleyen bazı Ceza Kanunları, kısmi akıl hastalığını da ayrıca düzenleme gereği duymuşlardır. Kısmi akıl hastalarına nasıl bir rejim uygulanacağı konusunda kanunlar arasında birlik yoktur fakat bu konuda dört temel yaklaşım olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki ve en yaygın olanına göre, kısmi akıl hastası olan kişilere, hafifletilmiş bir ceza uygulaması yapılmaktadır (Alman, Danimarka, Fin, İspanyol, Yunan, Macar, İzlanda, İtalyan ve eski Türk Ceza Kanunları, kısmi akıl hastalarına hafifletilmiş ceza uygulayan yaklaşıma örnek olarak gösterilebilir<sup>109</sup>). İkincisi, kısmi akıl hastalarına normal suçlular gibi davranmak eğilimidir. Buna göre akıl hastalığı kanunda kabul edilmekle birlikte, kısmi akıl hastalığı şeklinde bir ayırım açıkça düzenlenmemekte ve bu durumdaki kişiler de normal suçlular gibi cezalandırılmaktadırlar (Bu eğilime örnek olarak, Fransız Ceza Kanunu gösterilebilir<sup>110</sup>). Üçüncüsü, kısmi akıl hastası suçlulara, hem hafifletilmiş bir ceza, hem de tedbir uygulamak şeklinde bir yaklaşımdır (İsviçre Ceza

<sup>107</sup> Şensoy, “Akli Maluliyet”, 167.

<sup>108</sup> **Y. 1. CD, 14.11.2005, 805/3236** (www.kazanci.com.tr, 21.05.2009) kararında, depresyon hastası olan sanığın bu durumunun, Adli Tıp Kurumu’nun ilgili ihtisas dairesince incelenip, işlediği kasten öldürme suçu bakımından bu suçun hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalıp azalmadığının tayin edilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

<sup>109</sup> Dönmezer/Erman, C. II, 177, dn.120.

<sup>110</sup> Dönmezer/Erman, C. II, 177, dn.120.

Kanununa göre hâkim, kısmi bir akıl hastası hakkında tedbir alınmasını uygun görmekte ise, önce tedbirin uygulanmasına ve cezanın geri bırakılmasına karar verebilir. Buna karşılık, İtalyan Ceza Kanunu ise, önce hafifletilmiş bir cezanın çekilmesini, sonra da tedbir uygulanmasını benimsemiştir<sup>111</sup>). Nihayet dördüncü uygulama şeklinde ise, kısmi akıl hastası kişilerin kusur yeteneği kabul edilmemekte ve bu kişiler hakkında yalnızca tedbir uygulaması yapılmaktadır (Groenland Ceza Kanunu<sup>112</sup>).

Yukarıda temel olarak dörde ayrılarak kısaca açıklanan kısmi akıl hastaları hakkında yapılan işlemlere bakıldığında, sonuncusu dışındakilerin çok da faydalı olmadığı görülmektedir: Hafifletilmiş ceza uygulaması ve bu kişilere normal suçlularla aynı şekilde muamele edilmesi yaklaşımları, aynı sonucu doğurur; kişi cezaevine girer. Bu yaklaşımlar yerinde değildir. Söz konusu olan kişinin, tamamiyle olmasa da akıl sağlığı bozuktur ve bu kişiyi cezaevine koymak, deyim yerindeyse onu “yarı deliyken zır deli hale getirir”. Cezaevinde bulunmanın, suç işlemekten evvel akıl sağlığı yerinde olan kişilerde dahi olumsuz etkileri olduğu şüphe götürmezken, kısmi akıl hastası bir kişinin cezaevinde kalıp tahliye edildikten sonra ne durumda olacağını ve toplum bakımından eskisinden daha büyük tehlike oluşturacağını tahmin etmek güç değildir. Bu kişinin, topluma kazandırılması bu noktadan sonra çok daha zor olacak ve uzun zaman alacaktır. Ayrıca, sadece ceza, normal kimselere verilecek cezaya eşit olduğu vakit, psikiyatri biliminin ortaya koyduğu ve varlığını kabul ettirdiği kısmi akıl hastalarının bulunduğu gerçeğine göz yummak olur; hafifletilmiş ceza ise toplumu bu gibi anormallere karşı yeteri kadar korumamak olur<sup>113</sup>.

Önce tedbir sonra ceza uygulaması, önce uygulanan tedbirin uygulanma amacı ile çelişen bir durumdur. Tedbir uygulaması sonucu iyileşmiş bir kişiye ceza vermek, onun tedbirden önceki haline ve hatta belki ondan da geriye gitmesine sebebiyet verir.

Önce hafifletilmiş ceza sonra tedbir uygulaması ise, kanaatimizce bu yaklaşımlar içinde “ehven-i şer” olarak nitelendirilebilirse de yine de faydalı ve verimli değildir. Zira tedbirin doğuracağı yarar, öncesinde uygulanan ceza ile, geciktirilmekte ve hatta imkansızlaştırılmaktadır.

Bunlar arasında, 765 s. TCK'nin benimsediği yaklaşım, yukarıda madde metninden de görüleceği üzere, kısmi akıl hastaları hakkında hafifletilmiş cezaya hükmedilmesidir.

---

<sup>111</sup> Dönmezer/Erman, C. II, 177.

<sup>112</sup> Dönmezer/Erman, C. II, 177.

<sup>113</sup> Dönmezer/Erman, C. II, 178.

Tüm bu yaklaşımlar bir kenara bırakılarak, çağdaş Ceza Hukuku'nun günümüzde bu konu açısından benimsemesi gereken görüşün, akıl hastalığının ve bütün anormalliklerin, Ceza Kanunları'nın kapsamından çıkarılarak Sosyal Savunma Kanunlarında düzenlenmesi ve sadece tedbir sorumluluğun öngörülmesi şeklinde olması gerektiği düşünülmektedir ve bu görüş de giderek yaygınlaşmaktadır. Nitekim 5237 s. Yeni TCK da, her ne kadar akıl hastalığını Ceza Kanunu'nun kapsamından çıkarmasa da, tedbir sorumluluğunun benimsenmesi bakımından, bu görüşe oldukça yakın bir tutum sergilemektedir.

### **6.3 Akıl Hastalığının Düzenlenişi Bakımından 765 s. TCK ile 5237 s. TCK'nın Karşılaştırılması**

Akıl hastalığının düzenlenişi bakımından 765 s. TCK ile 5237 s. TCK karşılaştırıldığında, üç temel farklılık göze çarpmaktadır:

1) 765 s. TCK'da, tam akıl hastası olan suçluya uygulanan tedbirin süresi bakımından getirilen sınır "şifa bulma" idi. Bu durum, m. 46/3'te şu şekilde düzenlenmekteydi: *"Muhafaza ve tedavi altında bulundurma müddeti şifaya kadar devam eder. Yalnız maznuna isnat olunan suç, ağır hapis cezasını müstelzim ise bu müddet bir seneden az olamaz."* Fakat bu düzenleme, bu tür hastalıklarda kalıcı bir "şifa bulma" durumunun gerçekleşemeyeceği düşüncesiyle, eleştirilmekteydi.

5237 s. TCK'da ise, akıl hastası olan suçluya uygulanan tedbirin süresine ilişkin düzenleme, akıl hastalığını düzenleyen 32. maddede değil, "Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri" başlığını taşıyan 57. maddenin 2. fıkrasında hüküm altına alınmıştır. Buna göre *"Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir."* Görüldüğü gibi, 5237 s. TCK'da akıl hastası suçluya uygulanan güvenlik tedbirinin süresi bakımından getirilen sınır "tehlikeliliğin ortadan kalkması veya önemli ölçüde azalması"dır<sup>114</sup>. Bunun da, 765 s. TCK'da "şifa bulma" ölçütüne getirilen eleştirilere büyük ölçüde cevap veren bir düzenleme olduğu söylenebilir.

2) Yukarıda 765 s. TCK m. 46/3'ün metninde de görüldüğü üzere, akıl hastasının işlediği suçun ağır hapis cezasını gerektiren bir suç olması halinde, hükmedilen tedbirin süresi 1 yıldan az olamamakta idi. Bu hüküm, eleştirilere sebebiyet vermekte idi. Bu eleştirilerin çıkış

<sup>114</sup> Hakeri, Hakan, "Sorularla Ceza Hukuku", TBB Yay., Ankara 2005, 92.

noktası, kişinin 1 yıl dolmadan iyileşme göstermesi halinde dahi, serbest bırakılmaması idi. Örneğin, *mental retardete* (zeka geriliği) ve *demansiyel* (bunamaya ilişkin) hastalıklarda, başka bir ruhsal bozukluk daha yoksa, bu kişilerin günlük bakımları dışında psikiyatrik tedaviye ihtiyaçları yoktur ve hastane ortamında ciddi uyum sorunları gösterebilirler<sup>115</sup>.

5237 s. TCK ise, hükmedilen tedbir bakımından, suçun gerektirdiği cezaya paralel olarak bir alt sınır getirmemiştir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastasının, hâkim kararı ile serbest bırakılması mümkündür. Bu hükmün isabetli olduğu söylenebilir. Fakat ihtiyaca cevap veremeyen ve kapasitesinden fazla hasta bulunan hastanelerden akıl hastalarının daha çabuk ve kolayca bırakılmaları ihtimali de, bu hükmün bir sakıncası olarak kendini göstermektedir<sup>116</sup>.

3) 765 s. TCK m. 47’de, kısmi akıl hastaları bakımından hafifletilmiş bir cezaya hükmedilmesi söz konusu olmakta idi. Bu kişilerin cezaevine girmeleri kaçınılmazdı.

5237 s. TCK m. 32/2’de ise, kısmi akıl hastaları bakımından –ki birtakım yazarlar, TCK’da tam akıl hastalığı / kısmi akıl hastalığı şeklinde bir ayırım olmadığını öne sürmektedirler, buna bir sonraki paragrafta yer verilecektir- cezaevine gönderilme halen ihtimal dâhilinde olmakla birlikte, hükmedilen hafifletilmiş cezanın süresi aynı kalmak koşuluyla kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilmesi mümkündür. Böylece, tedavi kurumunda geçirilen sürenin tamamı veya bir kısmı cezaevinde geçirilmiş sayılmaktadır. Bu düzenleme ile de, kısmi akıl hastalarının cezaevine koyulmasına ilişkin yukarıda sözü edilen sakıncalar bertaraf edilmiş olmaktadır. Hafifletilmiş cezanın, tedbir şeklinde de “uygulanabilir” olması, bunların halen cezalarını cezaevinde çekme ihtimallerinin de olduğunu göstermektedir zira burada kanun koyucu, hâkime takdir yetkisi vermiştir.

5237 s. TCK’da, tam akıl hastalığı – kısmi akıl hastalığı şeklinde bir ayırımın bulunup bulunmadığı tartışmasına gelinecek olursa: Doktrinde birtakım yazarlar, TCK’nın bu tür bir ayırımı muhafaza etmediği görüşünde iken, diğer bazı yazarlar TCK m. 32/1’in “tam akıl hastalığı”nı, m. 32/2’nin ise “kısmi akıl hastalığı”nı düzenlediği görüşünü savunurlar.

Özgenç, 5237 s. TCK’da tam akıl hastalığı – kısmi akıl hastalığı şeklinde bir ayırımın olmadığı görüşünden yanadır. Özgenç, TCK m. 32/2’deki düzenlemeden, bu ayırımın halen muhafaza edildiği şeklinde bir sonuç çıkarmanın yanlış olduğunu ifade etmektedir. Yazara göre,

---

<sup>115</sup> Özkan/Hakeri, 14.

<sup>116</sup> Malkoç, İsmail, “Yeni Türk Ceza Kanunu”, Malkoç Kitabevi, İstanbul 2008, 260.



*“YTCK sisteminde, kişi ya akıl hastasıdır ya da değildir. Kişinin akıl hastası olup olmadığı, ne tür bir akıl hastalığına maruz kaldığı, bu hastalığın kişinin davranışları üzerindeki muhtemel etkileri, psikiyatri biliminin verileri çerçevesinde bilirkişi uzman hekim tarafından belirlenecektir. Ancak, mevcut olan akıl hastalığının somut olayda işlediği fiille ilgili olarak kişinin ceza hukuku sorumluluğunun belirlenmesindeki etkisini, münhasıran mahkeme takdir ve tayin edecektir”<sup>117</sup>.*

Malkoç da benzer şekilde, tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı şeklindeki ayrımın TCK’da bulunmadığı görüşündedir:

*“TCK 32. madde, eski yasadan farklı olarak tam akıl hastalığı, kısmi akıl hastalığı ayrımını kaldırmıştır. Yeni düzenlemeye göre, kişi ya akıl hastasıdır ve bu nedenle TCK. 32/1 madde uyarınca kendisine ceza verilmez ve hakkında güvenlik tedbiri uygulanır. Ya da kişi akıl hastası değildir”<sup>118</sup>.*

Yazara göre, hareket noktası, failin akıl hastası olması ya da olmamasıdır. Bunu belirlemek de adli tıbbın, yani bilirkişinin görevidir. Kişideki hastalığın türüne ve niteliğine göre farklı değerlendirmeler yapılacaktır. Bugün bu alanda, psikozlar ve nevrozlar şeklinde bir ayrım yapılmaktadır. Özellikle nevroz hallerinde kişinin algılama yeteneği üzerinde herhangi bir etki görülmemektedir. Psikopat bir kişi, davranışlarını ve bu davranışların sonuçlarını algılayabilecek durumdadır. Ancak psikopatlığı nedeniyle davranışlarını yönlendirme ve denetleme yeteneği zayıflamaktadır. Bu ve benzeri durumlar nedeniyle akıl hastası ile sağlam kişi arasında “gri bir ara alan” görülmektedir. Bu gri alandakilerin bazılarında akıl hastası, bazılarında ise sağlam diyebileceğimiz durumlar görülmektedir. Fakat bu tespitlere rağmen konuda ve kullanılan terimlerde görüş birliği yoktur<sup>119</sup>.

Yiğit, 765 s. TCK’dan farklı olarak, 5237 s. TCK’da, tam ve kısmi akıl hastalığı ayrımının kaldırıldığını kabul etmektedir. Yeni duruma göre kişi, ya akıl hastasıdır, ya da değildir. Akıl hastası olmamakla birlikte işlediği fiil ile ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış kişinin ise ceza sorumluluğu tamdır, ancak cezasında indirim yapılarak hüküm verilecektir<sup>120</sup>. Benzer görüş, Hakeri ve Koca/Üzülmez tarafından da benimsenmiştir: Akıl hastalığı, tam

---

<sup>117</sup> Özgenç, 368.

<sup>118</sup> Malkoç, 258.

<sup>119</sup> Malkoç, 261.

<sup>120</sup> Yiğit, Nuri, (Tekirdağ Cumhuriyet Başsavcısı), “TCK Genel Hükümler”, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/130>, 27.12.2008.

veya kısmi olarak ayrılamazsa da, akıl hastalığının algılama ve davranışları yönlendirme yeteneği üzerinde ne derece etkili olduğu göz önünde bulundurulabilir<sup>121</sup>.

*İçel/Evik*, tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı şeklinde bir ayırım yapılmasının isabetli olmadığı görüşündedir. Yazarlara göre, bir insan ya akıl hastasıdır ya da değildir. Hukuken önemli olan, kişideki hastalığın kişi üzerinde etkili olup olmadığıdır. Bu bakımdan, yeni kanunun bu terimlere yer vermeyerek, faildeki akıl hastalığının fiil sırasında kusur yeteneğini etkileme derecesini ön plana çıkarması ve bu iki durumun da aynı maddede düzenlenmesi yerinde olmuştur<sup>122</sup>.

*Toroslu* da, bu şekilde bir ayırım yapılmasını haklı göstermenin mümkün olmadığını düşünmekle birlikte, kanunda m. 32/1 ve m.32/2’de yapılan derecelendirmenin, tam akıl hastalığı ve kısmi akıl hastalığı şeklinde nitelendirilebileceğini belirtmektedir<sup>123</sup>.

*Demirbaş*, TCK’da, m. 32/1’de tam akıl hastalığının, m. 32/2’de ise kısmi akıl hastalığının düzenlendiği görüşündedir ve eserinde akıl hastalığı konusunu, bu şekilde bir ayırım yaparak inceledikten sonra, konu hakkındaki görüşünü;

*“Yukarıda belirttiğimiz gibi, akıl hastalığının tam veya kısmi olarak ayırt edilmesinin güçlüğü nedeniyle 765 s. TCK’nın sistemi haklı olarak eleştirilmekte idi. Nitekim, 1997 TCKT m. 35’te bu ayırım yerinde olarak kaldırılmışken, 2001 TCKT m.34 ve TCK m. 32 ile ne yazık ki tekrar mevcut sisteme dönmüştür”* şeklinde ifade etmektedir<sup>124</sup>.

*Nuhoğlu* da, tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı ayırımının TCK’da kabul edildiği yönündeki görüşten yanadır. Bunu, yazarın güvenlik tedbirlerine ilişkin olarak yazmış olduğu makalede<sup>125</sup> akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri bahsinde, TCK m. 57/6’nın kısmi akıl hastalarına ilişkin düzenlemeler getirdiğini ifade etmesinden anlamak mümkündür.

---

<sup>121</sup> Hakeri, Hakan, “Ceza Hukuku Genel Hükümler”, 7. Baskı, Seçkin Yay., Ankara 2008, 147; Koca, Mahmut/Üzülmez, İlhan, “Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yay., Ankara 2008, 293.

<sup>122</sup> İçel/Evik, 181.

<sup>123</sup> Toroslu, 253.

<sup>124</sup> Demirbaş, 321.

<sup>125</sup> Nuhoğlu, Ayşe, “5237 Sayılı Türk Ceza Kanununda Güvenlik Tedbirleri”, Sempozyum: Türk Ceza Kanununun 2 Yılı, Teori ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar, TCHD Yayınları:10, İstanbul, Nisan 2008.

Çolak-Altun da, TCK'da tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı ayrımının muhafaza edildiğini düşünen yazarlar arasındadırlar: “YTCK'nun 32. maddesinin ilk fıkrasında tam, ikinci fıkrasında ise kısmi akıl hatalığına ilişkin hükümlere yer verildiği görülmektedir”<sup>126</sup>.

Tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı ayrımının 5237 s. TCK'da da muhafaza edildiği görüşünde olan bir diğer yazar ise *Hafizoğulları*'dır. Yazar, bu tartışmanın artık pratik bir değeri bulunmadığını ifade etmişse de, konuyu bu ayırım çerçevesinde anlatmıştır<sup>127</sup>.

Aynı şekilde *Özbek* de, bu konuda ayrımın muhafaza edildiği görüşünden yanadır: “Bu konuda yeni yasanın getirdiği yeniliklerden ilki, 765 s. TCK'da iki ayrı maddede düzenlenen akıl hastalığının tek bir maddede toplanması olmuştur. Gerçekten birinci fıkrada tam akıl hastalığı, ikinci fıkrada ise kısmi akıl hastalığının düzenlendiğini görmekteyiz”<sup>128</sup>.

Şen de, aynı şekilde, tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı ayrımının, 5237 s. TCK'da devam ettiği görüşünü savunmaktadır: “...Böylece kanunkoyucu, akıl hastalığı ve bu kapsamda değerlendirilecek akli eksiklik hususunda ikili ayrımı muhafaza etmiş, ancak iki yeni düzenleme getirmiştir”<sup>129</sup>.”

Bize göre, tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı şeklinde bir ayırım yapabilmek, bu ikisinin sınırlarını kesin olarak belirlemek mümkün görünmemektedir. Kanun metinlerine bakıldığında, ne 765 s. TCK'da ne de 5237 s. TCK'da bu şekilde bir ayırım vardır. Yani her iki kanunun da lafzında, bu kavramlara rastlanmamakla birlikte, 765 s. TCK döneminde, doktrinde neredeyse tartışmasız bir şekilde tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı ayrımı benimsenmişti. 765 s. TCK m. 47'de “*Füili işlediği zaman şuurunun veya harekâtının serbestîsini ehemmiyetli derecede azaltacak surette akli maluliyete müptela olan kimse*”den söz edilirken, 5237 s. TCK m. 32/2'de “*Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği füille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi*”den söz edilmektedir. Madde metinlerinde, birbirinde çok farklı ifadeler kullanılmış değildir. 765 s. TCK'da “*şuur veya harekâtın serbestîsi*” ifadesi kullanılmış iken, 5237 s. TCK'da “*davranışlarını yönlendirme yeteneği*” ifadesi kullanılmıştır. Bu iki ifadenin, birbirinden çok farklı sonuçlar ortaya çıkarmayacağı kanaatindeyiz. Ayrıca, sonuç itibarıyla her ikisinde de aranan durum “*azalma*”dır. Dolayısıyla bu duruma “*kısmi akıl hastalığı*” adının verilip verilmemesi, ortaya çıkan durumu ve sonuçlarını etkileyecek bir tartışma olmayıp, konunun

<sup>126</sup> Çolak, Haluk /Altun, Uğurtan, “Türk Ceza Hukukunda Ceza ve Güvenlik Tedbirleri”, Bilge Yayınevi, Temmuz 2007, 814.

<sup>127</sup> Hafizoğulları, “İsnat Yeteneğini Kaldıran veya Azaltan Nedenler”, 4.

<sup>128</sup> Özbek, Veli Özer, “TCK İzmir Şerhi”, Seçkin Yay., Ankara 2005, 382.

<sup>129</sup> Şen, Ersan, 111.

farklı kavramlarla tartışılmasına yol açan bir haldir. Yine de, “kısmi akıl hastalığı” kavramının kullanılmasında isabet görmemekteyiz. Zira bize göre “kişi ya akıl hastasıdır ya da değildir” şeklindeki görüş daha kabul edilebilir görünmektedir. Bu konuya ilişkin olarak yukarıda aktarılan görüşlerden, *Malkoç* tarafından ileri sürülen görüşe katılmaktayız. Gerçekten de, hareket noktası, kişinin akıl hastası olması ya da olmaması olmalıdır. Bu konuda yazar tarafından ortaya atılan “gri bir ara alan” düşüncesi benimsenmelidir. Yani, müptela olunan akıl hastalığının niteliğine göre, kişi bu gri alanda bulunabilir ve bu alan içerisinde bulunan kişilerden kimine akıl hastası, kimine de sağlam kişi denmektedir. Fakat bu alan içerisine giren her kişinin doğrudan “kısmi akıl hastası” olduğu sonucuna varmak, yerinde bir yaklaşım olmayacaktır. Kişinin müptela olduğu akıl hastalığının, onun davranışları üzerindeki etkisine göre, ya akıl hastası olduğuna ya da sağlam bir kişi olduğuna karar verilmelidir.

Dolayısıyla bize göre, yukarıda açıklanan şekilde kişinin akıl hastası olup olmadığı belirlendikten sonra, akıl hastası olduğu sonucuna varılmışsa, TCK m. 32/1 uyarınca uygulama yapılmalıdır zira burada esas olan “kusurun yokluğu”dur. Kusurun yokluğuna paralel şekilde, kişiye ceza verilmeyecektir. Kişinin sağlam olduğu sonucuna varılmış ise, TCK m. 32/2 uyarınca uygulama yapılmalı, kişiye indirilmiş ceza verilmelidir. Zira burada ise esas olan “kusurun varlığı” olmakla birlikte “azalması”dır. Azalmış da olsa kusur mevcuttur. Bu azalmaya paralel olarak cezada indirim yapılacaktır. Ya da azalmanın derecesine göre, tedavi tedbirine de hükmedilebilecektir.

Yargıtay’ın da, bu görüşü benimsediğini gösteren kararları mevcuttur. Buna örnek olarak Yargıtay 1. Ceza Dairesi’nin 14. 02. 2008 tarihli ve 5458/955 sayılı kararında<sup>130</sup> bu görüş şu şekilde ifade edilmiştir:

*“5237 sayılı TCK.nun 32. maddesinde 765 sayılı TCK.nun 46 ve 47. maddelerinden farklı olarak tam veya kısmi akıl hastalığı olarak ayırma tabi tutulmamış olduğundan hükümlünün duruşmada hazır edilip İstanbul Adli Tıp Kurumuna sevk edilerek Gözlem İhtisas Dairesinde müşahade altına alındıktan sonra düzenlenecek raporla birlikte Adli Tıp 4. İhtisas Kuruluna gönderilerek...rapor alınarak sonucuna göre sanığın hukuki durumunun tayini gerekirken, önceki kısmi akıl hastalığına dayalı rapor ile yetinilerek yazılı şekilde hüküm kurulması yasaya aykırıdır.”*

---

<sup>130</sup> Malkoç, 262.

#### 6.4 1997 TCK Tasarısı'nda Akıl Hastalığının Düzenleniş Şekli

1997 TCK Tasarısı'na bakıldığında, buradaki düzenlemelerin, bugün yürürlükte bulunan 5237 s. TCK'daki düzenlemelere oldukça yakın olduğu görülmektedir. Özellikle yukarıda 765 s. TCK ile 5237 s. TCK arasında karşılaştırması yapılan noktalar bakımından 1997 TCK Tasarısı'na bakıldığında, tasarının düzenlemesinin, 5237 s. TCK'dakilerle neredeyse aynı olduğu söylenebilir. 1997 TCK Tasarısı'nın 35. maddesinde, akıl hastalığı düzenlenmiş bulunmaktaydı. Söz konusu maddeye göre, tam ve kısmi akıl hastalığı şeklindeki ayırım korunmuş olmakla birlikte, kısmi akıl hastalığı, ikili bir ayrıma tabi tutulmuştur. Buna göre, önemli derecedeki kısmi akıl hastalarına da, tam akıl hastaları gibi, ceza verilmeyecek; buna karşılık önemli derecede olmayan kısmi akıl hastalarının ise cezalarında indirime gidilecektir. 765 s. TCK'daki düzenlemeden farklı olarak, tasarıda “*şuurunu veya hareket serbestliğini*” tabiri kullanılmıştır. Ayrıca, önemli derecede bulunmayan kısmi akıl hastalıkları bakımından ise “*1 no.lu fıkranın birinci paragrafından yazılı derecede olmamakla beraber, suçu işlediği sırada akli sağlığında veya şuurunda bozukluk bulunan ve bu sebeple işlediği fiilin haksız niteliğinin tam olarak değerlendiremeyen kişi...*” ifadesine yer verilmiştir.

Yine, 5237 s. TCK'dakine paralel şekilde, kısmi akıl hastaları bakımından, haklarında hükmedilen cezanın bir akıl sağlığı kurumunda tedavi ve muhafaza suretiyle geçirilmesine karar verilmesine imkân tanınmış idi. 765 s. TCK'nın bu öngörmemiş olması zaten eleştirilmekteydi.

Üçüncü olarak, akıl hastası olan kişiler hakkında uygulanacak güvenlik tedbirinin 765 s. TCK'da “şifaya kadar” süreceği hüküm altına alınmış iken, 1997 Tasarısı'nda “tehlike halinin kalkması” ölçüt alınmıştır. Bu hüküm şu şekilde gerekçelendirilmiştir: Yürürlükteki kanundan farklı olarak, akıl hastası “salah” bulduğu, yani toplumsal yönden artık suç işleme tehlikesi ortadan kalktığı takdirde, muhafaza ve tedaviye son verilecektir. Yürürlükteki Kanununun 46 ncı maddesinin üçüncü fıkrasında, muhafaza ve tedavi altında bulundurma müddetinin “şifaya” kadar devam edeceği belirtilmiştir. Oysa akıl hastalarının birçoğunda şifa mümkün değildir. Ama hastalığın salah bulması ve suçlu akıl hastasının, nefsinde taşıdığı suç işlemeye ilişkin tehlike halinin ortadan kalkması mümkündür. Bu sebeple uygulamada esas itibarıyla şifa bulduğu beyanıyla muhafaza ve tedavisine son verilen hastaların büyük bir kısmı aslında şifa bulmuş değildir. Bu sebeple metnin gerçeğe uydurulması çok daha yerinde mütalaa edilmiştir<sup>131</sup>.

<sup>131</sup> 1997 TCK Tasarısı ve Gerekçesi, [http://www.yayin.adalet.gov.tr/tck/tck\\_genel\\_gerekceli.htm](http://www.yayin.adalet.gov.tr/tck/tck_genel_gerekceli.htm), 01.05.2009.

Son olarak, ağır hapis cezasını gerektiren suçlarda tedbir süresinin bir yıldan az olamayacağına ilişkin hüküm tasarıya alınmamıştır ki bunun avantajları ve dezavantajlarından yukarıda söz edilmişti.

## İKİNCİ BÖLÜM

### ADLİ PSİKİYATRİ AÇISINDAN ÖNEM ARZ EDEN VE CEZA SORUMLULUĞUNA ETKİSİ OLABİLECEK BAZI AKIL HASTALIKLARI

#### 1. Akıl Hastalıklarının Sınıflandırılması

##### 1.1 Genel Olarak

Akıl hastalığı, kısaca kişinin gerçeğe bağlantısının kaybolmasıdır. Akıl hastalıklarında duygulanım ve bilişsel (zihinsel) işlevlerde nicelik ve nitelik bozuklukları vardır. Bu bozukluklar, olağan işlevlerin bir uzantısı olarak değil, kişilikte bir gerilemeyle açıklanabilir. Akıl hastaları, çevreye ve topluma uyum sağlayamazlar. Çoğunlukla, kendi yarattıkları “hastadünyalarında” başkalarına yabancı olarak yaşarlar. Bu kişilerin hasta dünyalarını algı bozuklukları (halüsinasyon) ve düşünce bozuklukları (hezeyan) doldurur<sup>132</sup>.

Akıl hastalığı, bir hastalığı ve rahatsızlığı kapsayan genel bir kavramdır<sup>133</sup>. Dünya Sağlık Örgütü'nün akıl sağlığı (“mental health”) bakımından getirdiği tanım şu şekildedir: Akıl sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan “sağlık” tanımının önemli bir bileşenini oluşturur. Buna göre, akıl sağlığı, kişinin, akli iyiliğini, akıl hastalıklarına yakalanmasının önlenmesini, akıl hastalığına yakalananlar bakımından ise bunların iyileştirilmesini ifade eder<sup>134</sup>.

Yine, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, akıl hastalıkları, farklı belirtiler gösteren çok sayıda ve çok çeşitte karşılaşılan hastalıklardır. Fakat genellikle hemen her akıl hastalığının ortak özelliği, normal olmayan düşünceler, duygular ve davranışlardır. Bunlara örnek olarak, şizofreni, depresyon, zekâ geriliği ve madde bağımlılığından kaynaklanan hastalıklar gösterilebilir<sup>135</sup>.

Akıl hastalıkları ya da ruhsal bozuklukların kesin bir şekilde sınıflandırılması mümkün değildir. Farklı kuruluşlar tarafından yapılan birtakım sınıflandırmalar mevcuttur ve

---

<sup>132</sup> <http://www.textara.com/akil-hastaliklari-depresyon-panik-atak-psikoloji-depresyon-ruhsal?page=0%2C0>, 19.05.2009.

<sup>133</sup> <http://www.mmha.org.au/mmha-products/fact-sheets/what-is-mental-illness/what-is-mental-illness-turkish/file>, 12.07.2009.

<sup>134</sup> [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en](http://www.who.int/topics/mental_health/en), 12.07.2009.

<sup>135</sup> [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/en](http://www.who.int/topics/mental_disorders/en), 12.07.2009.

bunların her biri, zaman içerisinde değişikliklere uğramaktadır. Örneğin, ruhsal bozuklukları sınıflandırmada iki çağdaş yaklaşım vardır: Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yaklaşımı (DSM) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşımı (ICD). Bunlar kendi aralarında farklılık gösterirler. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bozukluk olarak kabul edilen bir durum, Amerikan Psikiyatri Birliği'nce normal bir durum olarak kabul edilebilmektedir<sup>136</sup>. Biz, burada, milli bir nitelik taşıyan DSM'dense, daha genel ve dünya çapında bir kuruluş olan Dünya Sağlık Örgütü'nün en son güncellenmiş sınıflandırması olan ICD-10'da sözü edilen hastalıklardan söz etmeyi daha yerinde buluyoruz. Her ne kadar, ceza hukukumuzda akıl hastalığı konusunda herhangi bir sistemin bütünüyle kabul edilmesi gibi bir durum söz konusu değilse de, çalışma konumuzun tıbbi kısmını teşkil eden akıl hastalığı çeşitleri hakkında fikir vermesi bakımından Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasında bulunan her bir kategori hakkında kısaca bilgi vermek faydalı olacaktır.

## 1.2 Dünya Sağlık Örgütü'nün Akıl Hastalıkları Sınıflandırması

Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan ICD-10 (International Classification of Diseases) hastalıklar listesinin son güncelleştirilen halinde, "Akli ve Davranışsal Hastalıklar" başlığı altında sayılan hastalık grupları şunlardır: Semptomatik olanlar da dahil olmak üzere organik akıl hastalıkları; madde kullanımına bağlı akıl hastalıkları; şizofreni, şizotipal ve delüzyonel akıl hastalıkları; duygulanım (affektif) akıl hastalıkları; nörotik, stresle bağlantılı ve somatoform akıl hastalıkları; psikolojik sıkıntılar ve fiziksel faktörlerden kaynaklanan davranışsal sendromlar; yetişkin kişiliği ve davranışlarına ilişkin hastalıklar; mental retardasyon (zihinsel gerilik); psikolojik gelişime ilişkin bozukluklar; genellikle çocukluk veya gençlik dönemlerindeki saldırılara dayalı davranışsal ve duygusal bozukluklar; bu kategorilere dahil edilemeyen diğer akıl hastalıkları<sup>137</sup>.

Görüldüğü gibi, Dünya Sağlık Örgütü, birtakım hastalıkları dahil ederek bunları tanımladığı ICD-10 listesindeki akıl hastalıkları kısmında, yukarıda sayıldığı üzere bir gruplandırmaya gitmiş ve bu gruplardan herhangi birinin kapsamına girmeyen hastalıklar bakımından da "diğer" adı altında bir kategori oluşturmuştur. İlk olarak, yukarıda sayılmış bulunan hastalık gruplarına ilişkin Dünya Sağlık Örgütü'nün verdiği tanımlar üzerinde durulduktan sonra, bu gruplardan her biri bakımından örnek teşkil edebilecek ve çoğunlukla ceza sorumluluğuna etkisi olduğu kabul edilen birtakım akıl hastalıkları hakkında açıklamalar yapılacaktır. Elbette ki çalışmamızın bu kısmı çok büyük ölçüde tıbbi bilgiye dayandığı için, hastalık türleri

<sup>136</sup> Ankey, Aydın, [http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber\\_id=2888](http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber_id=2888) , 06. 11. 2008

<sup>137</sup> <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, 12.07.2009.



ve tanımları, belirtileri gibi hususlar mümkün olduğunca kısa ve anlaşılması zor tıbbi terimlerden uzak kalınacak şekilde aktarılmaya çalışılacaktır.

ICD-10 listesinde sayılan akıl hastalıkları gruplarının tanımları<sup>138</sup>:

### **1.2.1 Semptomatik olanlar da dâhil olmak üzere organik akıl hastalıkları**

Bu grup, geniş bir yelpazedeki akıl hastalıklarından oluşur ve bunların ortak özelliği, hastalık nedeninin beyinsel bozukluklar olmasıdır. Burada bir beyin hasarı ya da beyin disfonksiyonuna sebebiyet veren başka bir neden söz konusu olmaktadır. Buradaki disfonksiyon, beyni doğrudan ve seçerek etkileyen bir hasar söz konusu olduğunda, birincil derecede olur. Sistemik bozukluklarda ve hastalıklarda olduğu gibi, beynin belirli bir kısmını etkileyen hasar söz konusu ise, disfonksiyon ikincil derecede olur. Örneğin *dementia* (bunama), beynin hastalanması ile ortaya çıkan bir hastalık tablosudur ve genellikle kronik veya aşamalı bir doğası vardır. Burada genellikle, hafıza, düşünme, oryantasyon, idrak, hesaplama, öğrenme kapasitesi, dil ve muhakeme gibi birden fazla yüksek kortikal fonksiyonun bozukluğu söz konusu olmaktadır. Bilinç bulanıklaşmamıştır. İdrak ile ilgili fonksiyonlardaki değer kaybına ek ve bundan önce olarak, duygusal kontrolde, toplumsal davranışta veya motivasyonda gerileme görülür. Bu sendrom, Alzheimer ve serebrovasküler sendromlar (beyin damarlarında bir tıkanma veya yırtılma sonucu oluşan sendromlar) gibi beyni birincil veya ikincil derecede etkileyen bozukluklarda ortaya çıkar.

### **1.2.2 Madde kullanımına bağlı akıl hastalıkları**

Bu gruptaki hastalıklar, ağırlık dereceleri ve klinik formları farklılık gösterse de, temelde tıbbi olarak tanımlanmış olan veya olmayan psiko-aktif maddelerin kullanımına dayalıdır. Psiko-aktif madde tanımlanırken, mümkün olduğunca fazla sayıda bilgi kaynağına dayanılmalıdır. Bunlardan bazıları: Kişisel rapor verileri, kan ve diğer vücut sıvılarının analizi, karakteristik fizyolojik ve/veya psikolojik belirtiler, klinik işaretler ve davranışlar, ya da hastanın üzerine bulunan madde veya üçüncü kişilerin raporları gibi diğer deliller. Birçok madde bağımlısı kişi, birden fazla türde psiko-aktif madde kullanır. Böyle durumlarda tanı yapılırken, mümkün olduğu müddetçe hastanın içinde olduğu durumun belirtilerini ortaya çıkarmada en fazla rol oynayan madde dikkate alınmalıdır. Diğer maddelere ilişkin tanı ise,

---

<sup>138</sup> <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, 12.07.2009. (Bu kısımdaki bilgiler, Dünya Sağlık Örgütü'nün sitesinden alınarak, tarafımızdan Türkçe'ye çevrilmiştir.)

zehirleme, zarar verme veya diğer bozukluklara yol açma derecesine varır şekilde kullanımda yapılmalıdır. Sadece, birden fazla çeşitte psiko-aktif madde kullanımının karmaşık, ayrılmaz şekilde ve ayırt edilmesi güç olması durumunda “çoklu madde kullanımı sonucu oluşan bozukluk” teşhisi konmalıdır.

### **1.2.3 Şizofreni, şizotipal ve delüzyonel akıl hastalıkları**

Bu gruptaki hastalıklardan en önemlisi, şizofrenidir. Bunun yanı sıra grupta, şizotipal bozukluklar, sürekli devam eden delüzyonel bozukluklar ve kendi içinde daha geniş bir grup teşkil eden psikotik akut veya geçici psikotik bozukluklar bulunmaktadır. Şizo-affektif hastalıklar, her ne kadar özleri son derece tartışmalı da olsa, bu grup altında kabul edilmişlerdir.

### **1.2.4 Duygulanım (Affektif) Akıl Hastalıkları**

Bu grup içerisindeki hastalıklarda en temel sıkıntı, duygulanımdaki ani değişikliklerdir. Burada, bir anksiyete (kaygı, endişe) durumu ile birlikte veya böyle bir halden bağımsız olarak, aniden ya depresyon durumuna ya da aşırı bir sevinç, neşe durumuna girme hali söz konusu olmaktadır. Duygulanım değişikliğine genellikle, kişinin bulunduğu aktivitelerin seviyesinde bir düşüş hali de eklenir. Diğer semptomların çoğu, duygulanımdaki ve aktivitelerdeki değişiklikler ile kendini gösterir. Bu türdeki hastalıkların çoğu, kendini tekrar eder niteliktedir ve her an yeniden ortaya çıkabilir. Bu şekilde yeni krizlerin gelmesi, genellikle stresli olaylar veya koşullar sonucu söz konusu olur.

### **1.2.5 Nörotik, Stresle Bağlantılı ve Somatoform Akıl Hastalıkları**

Bu gruptaki hastalıklar, sosyal fobiler ve diğer her türlü fobiler ile, endişe bozukluklarından oluşur.

### **1.2.6 Psikolojik Sıkıntılar ve Fiziksel Faktörlerden Kaynaklanan Davranışsal Sendromlar**

Bu grup, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, cinsel bozukluklar gibi alt gruplardan oluşur.

### **1.2.7 Yetişkin Kişiliği ve Davranışlarına İlişkin Hastalıklar**

Bu gruptaki hastalıkların temelinde çoğunlukla, devamlı şekilde bireyin karakteristik hayat tarzını ortaya koyar şekilde kendini gösteren, kendini başkalarıyla karşılaştırma şeklinde önemli bir klinik davranış kalıbı vardır. Bu koşullar ve davranış kalıpları, kimi zaman daha bireyin kişilik gelişiminin başlangıcında kurucu şekilde ve sosyal tecrübeler ile ortaya çıkarken, kimi zaman da hayatın daha ileri aşamalarında edinilir. Belirli kişilik bozuklukları, karma ve diğer kişilik bozuklukları, devamlılık gösteren kişilik değişimleri, köklü bir şekilde kişiliğe yer eder. Devamlılık gösteren davranış kalıpları ise, çok geniş bir yelpazedeki kişisel ve sosyal durumlara verilen ve esnek olmayan tepkiler olarak ortaya çıkarlar. Bu davranış kalıpları, o kültürde yaşayan ortalama bir bireyin algısından, düşüncelerinden ve hislerinden önemli derecede sapmalar gösterir. Bu davranış kalıpları, sabitleşme derecesine gelirler ve davranışsal ve psikolojik işlevlerde birden fazla etki alanının etrafını sararlar. Bu davranışlar, her zaman olmasa da sıklıkla, belirli derecelerde sıkıntı, bunalım ve sosyal performansta problem yaratırlar.

### **1.2.8 Mental Retardasyon (Zekâ Geriliği)**

Bu gruptaki hastalıklar, zihnin yetersiz şekilde gelişmesi durumunu ortaya koyarlar. Özellikle gelişim sürecindeki zekânın genel seviyesine etki eden bilişsel, dile ilişkin, motor ve sosyal yeteneklerin zayıf olması şeklinde kendini gösteren bozukluklar bu gruba dâhildirler. Zekâ geriliği, bir diğer akli veya fiziki koşulun sonucu olarak da ortaya çıkabilir; böyle bir koşul hiç söz konusu olmasa da.

Zekâ geriliğinin dereceleri, standardize edilmiş birtakım zeka testleri ile belirlenir. Bu testler, belirli bir çevredeki sosyal uyumu değerlendirmeye yardımcı olan ek ölçüm çizelgeleri ile desteklenebilir. Bu ölçümler, zihinsel geriliğin derecesi konusunda tahminler ortaya koyarlar. Teşhis, teşhisi koyacak olan kişi tarafından, söz konusu kişiye ait entelektüel işlevin değerlendirilmesine de dayanacaktır. Entelektüel yetenekler ve sosyal uyum, zaman içerisinde değişiklik gösterebilir ve eğitim ve rehabilitasyon ile geliştirilebilir. Dolayısıyla teşhis, güncel işlev seviyeleri temel alınarak koyulmalıdır.

### **1.2.9 Psikolojik Gelişime İlişkin Bozukluklar**

Bu grup içerisindeki hastalıkların ortak özellikleri şunlardır: (a) Bebeklikte veya çocuklukta her zaman karşılaşılan ataklar, nöbetler; (b) Merkezi sinir sisteminin biyolojik olgunlaşmasına sıkı surette bağlı bulunan fonksiyonlarda zayıflama; (c) Hastalıkların

seyrinde, herhangi bir gerileme ya da nüksetme olmaksızın sabit ve süregelen bir durum. Birçok vakada, hastalıktan ötürü etkilenen fonksiyonlar, dil, görme, uzamsal (mekana ait) yetenekler ve motor hareketlerdir. Genellikle, fonksiyonlardaki gerileme veya gecikme, çocuk büyüdükçe azalır ve yetişkinliğe ulaştığında tamamen ortadan kaybolur. Fakat, çok hafif de olsa birtakım sorunlar yetişkinlik hayatında dahi devam edebilir.

### **1.2.10 Genellikle Çocukluk Veya Gençlik Dönemlerindeki Saldırılarına Dayalı Davranışsal Ve Duygusal Bozukluklar**

Bu grup içerisinde, genellikle hareketlere yansıyan bozukluklar, tikler ve bunların muhtelif çeşitleri mevcuttur.

Son olarak ise, Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 listesinde akli bozukluklar başlığında yukarıda sayılan on kategoriden hiçbirinin kapsamına girmeyen hastalıklar “Diğer Hastalıklar” olarak isimlendirilmiştir.

## **2. Ceza Sorumluluğu Açısından Önem Arz Eden Bazı Akıl Hastalıklarının Tanımlanması ve İncelenmesi**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICD-10 listesinde tanımlanan ve yukarıda kısaca açıklanan hastalık grupları içerisinde olan, ceza sorumluluğu açısından önem arz eden bazı hastalıklar, aşağıda açıklanacaktır. Daha önce de belirtildiği gibi, akıl hastalıkları çok çeşitlidir ve bunlardan her birinin açıklanması, bir hukukçunun çalışma alanının dışına çıkmak olacağı için, sıklıkla karşılaşılan bazı akıl hastalıklarının üzerinde durulmakla yetinilecektir. Nitekim “akıl hastalığı” kavramına hangi hastalıkların girdiği ve failin suçu işlediği sırada hangi akıl hastalığına tutulmuş olması halinde cezalandırılmayacağı veya hakkında hükmedilen cezada indirimine gidileceği gibi hususlara ilişkin olarak, 765 s. TCK'da da, 5237 s. TCK'da da herhangi bir açıklık yoktur. Bu sistem doğrudur zira tek tek sayma metodu, akıl hastalığının ceza kanununda düzenlenmiş olmasının amacına aykırı olurdu. Bu gibi konularda ceza normlarının genel tanımlara yer vermesi ve sayma metodunu izlememesi, yargı makamının keyfi davranacağı anlamına gelmez. Aksine, o ana kadar tespit edilmemiş veya ortaya çıkmamış bir akıl hastalığının belirlenmesi durumunda, o akıl hastalığından dolayı faile uygulama yapılmasına imkân tanınmış olur<sup>139</sup>.

Burada, failde bulunan akıl hastalığı ile fiili arasındaki illiyet bağının da yeniden vurgulanması gerekir. Failin sadece akıl hastası olarak nitelendirilmesi, onun ceza

---

<sup>139</sup> Şen, 113.

sorumluluğunun ortadan kalkmış sayılması veya azalması anlamına gelmeyecektir. Akıl hastalığının, somut olayın ve failin psikolojik yapısının gösterdiği özellikler karşısında, failin anlama ve isteme yeteneklerini ortadan kaldırdığı veya azalttığı tespit edilmelidir<sup>140</sup>. Failde bulunan akıl hastalığı ile işlediği fiil arasındaki illiyet bağına, kanunun gerekçesinde de bir örnekle işaret edilmiştir: “Örneğin, kleptomani hastası olan kişinin, hafif değerdeki şeylere yönelik olarak işlediği hırsızlık suçu açısından irade yeteneğinin olmadığı söylenebilir. Ancak, bu kişinin kasten adam öldürme suçunu işlemesi durumunda, malul olduğu akıl hastalığı, bu fiile ilişkin olarak irade yeteneğini etkilemez.”<sup>141</sup>”

## 2.1 Psikozlar

### 2.1.1 Şizofreni

Şizofreni teriminin karşılığı, ruhsal yaşamda bölünme, parçalanma, yarılmadır. Bu durum, hastanın gerçeğe bağlantısını büyük ölçüde bozar. Duygu ve düşünce alanında birçok belirtinin ortaya çıkmasına yol açar. Geçen yüzyıldan kalma bir alışkanlıkla şizofreni için erken bunama (“*dementia precece*”) terimi de kullanılır<sup>142</sup>.

İlk kez 1860 yılında *Morel*, genç yaşta başlayan, ruhsal yıkılmayla sonlanan hastaları tanımlama için erken bunama terimini ortaya koymuştur. 1896 yılında ise, *Kraepelin*, daha önce tanımlanmış bulunan “*hepefreni*” ve “*katatoni*” tipindeki hastalıklara, “*paranoid*” tipleri de ekleyerek hepsini erken bunama tanısı altında toplamıştır. 1911 yılında, *Eugen Bleuler*, *Kraepelin*’in savunduğunun aksine, hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunamayla sonuçlanmasının zorunlu olmadığını göstermiştir<sup>143</sup>.

Araştırmalar, toplumlarda bir yılda ortaya çıkan şizofreni vakası sayısının, genel nüfusun %1’ini teşkil ettiğini ortaya koymaktadır<sup>144</sup>. Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, Asya ve Avrupa’da bu oran %0,85’tir. Bu orana göre, dünyada 6 ila 14 milyon arasında şizofreni hastası bulunduğu sonucuna varılabilir. Bir yıl içerisindeki yeni şizofreni vakalarının genel nüfusa oranı ise %0,4 ila %0,7’dir.

---

<sup>140</sup> Şen, 114.

<sup>141</sup> www.kazanci.com.tr

<sup>142</sup> Ünver, 11.

<sup>143</sup> <http://www.textara.com/akil-hastaliklari-depresyon-panik-atak-psikoloji-depresyon-ruhsal?page=0%2C0>, Ünver, 11; Öztürk, M. Orhan, “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”, Ankara 1988, 165.

<sup>144</sup> Demirbaş, Timur, “Kriminoloji”, Seçkin Yay., Ankara 2005, 119.

Şizofreni, her ülkede ve her türlü ekonomik toplumsal ortamda görülebilir. Ekonomik düzeyi düşük ve düzensiz kesimlerde yaşayanlarda bu hastalığın daha sık görüldüğünü ortaya koyan araştırmalar da vardır.

Şizofreninin nedenleri henüz tam anlamıyla aydınlatılamamıştır. Şizofreninin nedenlerine ışık tutan nedenler, “organik” ve “ruhsal-toplumsal” olmak üzere iki temel grupta toplanmıştır. Günümüzde şizofreni, tek bir hastalık olarak değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal nedenlerin ortak etkilerine bağlı ruhsal bir tepki olarak kabul edilir.

Bedensel, organik nedenler arasında kalıtım önemli rol oynar. Ayrıca, *Kretschmer*'e göre, beden yapıları ince, uzun ve zayıf olan astenik tiplerde içedönük (şizotimik) mizaçlar da daha sık görülür. Şizofreninin ortaya çıkışında kalıtımın rolü üzerine yıllarca süren tartışmalara halen devam edilmektedir. Şizofreni hastalığına genel halk ve üvey kardeşler arasında %0.9-1.8 oranında rastlanmasına karşın, bu oran kardeşler arasında %11.5-14.3'e yükselmektedir; hatta çift yumurta ikizlerinde oran %14.7 olarak bulunmasına karşın, tek yumurta ikizlerinde %85.8'e kadar yükselmesi, kalıtımın önemini gösterir. Ancak, aynı ailenin bireyleri arasında birden fazla vakanın görülmesinde, gerçek bir kalıttan çok, şizofreninin ortaya çıkmasına uygun bir ortamı oluşturan aile içi ilişki ve duygusal-davranışsal faktörlerin rol oynadığı da düşünülmektedir<sup>145</sup>.

Ruhsal nedenler arasında ise, kişilik katmanları arasında yer alan benliğin gerilemesi üzerinde durulmaktadır. Bu gerileme, ruhsal ve cinsel gelişmede özsever döneme doğru olur. Böylece ruhsal-cinsel güç, bedene, benliğe çekilir. Kişinin çevreyle ve toplumla ilişkisi bozulur.

Toplumsal nedenler arasında, çocukluk çağının yaşandığı aile ortamı üzerinde durulmuştur. Ailesinden, yalancı, yüzeysel bir ilgi ve sevgi gören, ya da aileden birbiriyle çelişen iletiler alan çocuklarda şizofreninin daha sık görüldüğü ortaya koyulmaktadır. Toplumsal nedenlere bir örnek olarak, *United States v. Alexander* davasına konu olan olaydaki durum gösterilebilir: 1972 yılında siyah bir Amerikalı, hamburgercide kendisine zenci diye hitap eden bir beyazı öldürür. Yargılama sırasında sanığın, karşı konulamayan bir dürtünün etkisiyle suçu işlediği, bu dürtünün de California'da geçirdiği sosyal ve ekonomik bakımdan sorunlu çocukluğunun sonucu olduğu ileri sürülmüştür. Buna göre sanık, çocukluğunda babası tarafından terk edilmiş, ekonomik bakımdan büyük zorluklar çekmiş, annesinden ilgi ve sevgi görmemiş ve ırkçı davranışlara muhatap olmuştur<sup>146</sup>. Bu olaydakine benzer ve kişiyi akıl hastalığına

<sup>145</sup> Dinçmen, Kriton, “Psikiyatri/Psikosomatik Tıp”, Pan Yayıncılık, İstanbul 2005, 53.

<sup>146</sup> Hakeri, 151.

sürükleyen toplumsal ve ailevi nedenlere, Joanne Greenberg'in "Sana Gül Bahçesi Vadetmedim" ve Ayşe Nil'in "Kaçıklık Diploması" adlı eserlerinde de rastlanmaktadır<sup>147</sup>.

Şizofreni, genellikle gençlik çağında başlar. Tipik bir başlama biçimi yoktur. Belirtiler kısa zamanda gelişebileceği gibi, çok sinsi ve yavaş şekilde de gelişebilir. Bu durumda belirtileri fark etmek ve tanımak oldukça güç olabilir. Çoğu kez, gençlik çağına özgü ruhsal ve toplumsal sorunlar ya da kimlik bunalımları ile karıştırılabilir<sup>148</sup>.

Sinsi ve yavaş gelişen şizofreni vakalarındaki başlangıç belirtileri şunlardır:

- Duygulanım ve coşkuda çabuk değişimler, iniş çıkışlar
- Uykusuzluk ya da karabasanla birlikte gelen uyku bozuklukları
- Nedensiz korkular
- Çevreyle bağlantının ve ilişkinin azalması
- Kişiye ve çevreye yabancı, alışılmamış, şaşkınlık uyandıran, yadırganan davranış, tutum ve eylemler
- Başarısızlık, uyumsuzluk, tedirginlik
- Zaman zaman ortaya çıkan durgunluk, ilgisizlik, isteksizlik ya da aşırı kaygı, sıkıntı ve taşkınlık nöbetleri
- Nedensiz kaygı ve panik
- Anlamsız ağlamalar, gülmeler, saldırganlık
- Düşüncenin biçimi ve çağrışımında bozulma: Düşünce ve konuşmada duraksamalar olur. Düşünce sırasında simgelerin, sözcüklerin akımı değil, bunlar arasındaki benzerlik ve ses uyumu etkinlik kazanır. Birkaç sözcükten bir araya getirilerek yeni sözcükler türetilir. Konuşma bozuklukları söz konusu olur<sup>149</sup>.

---

<sup>147</sup> Greenberg, Joanne, "Sana Gül Bahçesi Vadetmedim", Metis Yay., İstanbul 1998.

Nil, Ayşe, "Kaçıklık Diploması", Kuraldışı Yay., İstanbul 1998.

İki eserde de, "bireyin geçmişte yaşadıkları, hayatı boyunca onun ruh halini şekillendirmede hayati önem taşıır" tezi kanıtlanmakta; bireyin, geçmişinin izlerinden hiçbir zaman tam olarak kurtulamadığı ortaya konmaktadır. Gerek ailevi (ağır hiyerarşik, ataerkil aile yapısı içerisindeki baskılar, vs.), gerekse toplumsal (göç olgusunun sonuçları, toplumun genelinin mensup olduğundan farklı bir dine mensup olma, sonradan zengin olma, vs.) açıdan baskılı, sancılı bir geçmişi olan bireyler ise, kendilerine bu baskıları hatırlatan etkenler sonucu depresyon yaşamakta, ruhsal bunalıma girmektedir. Ve eserlerde de görüldüğü gibi, bu durum çoğu kez bireyin akıl hastalığına sürüklenmesi ve akıl hastanesine yatırılması ile sonuçlanmaktadır.

<sup>148</sup> <http://www.textara.com/akil-hastaliklari-depresyon-panik-atak-psikoloji-depresyon-ruhsal?page=0%2C0>.

<sup>149</sup> Ünver, 13: Konuşma bozuklukları dört grup altında toplanıp incelenir: 1) Gramer ve sentaks bozuklukları, 2) Mana ve muhteva bozuklukları, 3) Ritm, ton, artikülasyon (kekeleme, peltik konuşma), 4) Mükaleme (Karşılıklı konuşma vasfında kayıp, düşünce yaratmak ve nakletmek imkanından mahrum otistik bir lisan).

- Düşünce içeriği bozular. Saplantılı, takıntılı düşünce biçimi ya da gerçek dışı düşünceler, sabuklamalar ortaya çıkar. Sabuklamaların içeriğinde, bedensel, cinsel büyüklük, küçüklük, düşmanlık, kötülük görme gibi düşünceler yer alır.
- Algı bozuklukları arasında görme ve işitmeyle ilgili sanrılar (halüsinasyon) ortaya çıkar.
- Devinim (hareket) bozuklukları arasında, donakalma (catatonia), balmumlaşma (flexibilitas cerea), basmakalıp hareketler (stereotype), yapmacık hareketler (manierisme), beklenmedik tepki (impulsion) sık sık görülür<sup>150</sup>.

Beş tip şizofreni vardır:

1) *Basit Tip*: Belirtileri sinsi ve yavaş şekilde ortaya çıktığından, tanınması zordur. Duygulanım bozuklukları, ilgisizlik, isteksizlik, küntleşme, duygusal tepkilerde azalma, yüzeysellik söz konusu olur.

Hasta, heyecansız, arzusuz, isteksiz, hiçbir şeye karşı ve hiçbir koşul altında sorumluluk duygusu taşımadan, saçma, anlamsız bir tevekkül içinde, bazen garip bir gülümseme ile etrafına bakınarak hayatını geçirir. Çalışması ya düzensiz ve verimsizdir, ya da hiç söz konusu değildir. Üzerinde eski, kirli bir pijama ile yatağından hiç çıkmaz, ya da odasında vakit geçirir. Sorulara kısa ve isteksiz yanıtlar verir; kişisel temizlik ve bakımına özen göstermez. Hastanın yüzündeki ifade ile düşüncelerinin içeriği arasındaki zıtlığa sıklıkla rastlanır. Sorularla ilgisi olmayan cevaplar, birbirine rasgele eklenmiş kelimelerden oluşan cümleler, çağrışım bozuklukları sonucu ortaya çıkan garip konuşma göze çarpar<sup>151</sup>.

2) *Hebefrenik Tip*: Çok genç yaşta başlar. Taşkınlık, saldırganlık ve çağrışım bozuklukları ön plandadır. Lakayt davranış zemininde psikomotor aktivitenin artması ile oluşan bu şekilde, temel lakaydi ve onun gösterilerinin yanı sıra, hareket ve konuşmada hacim ve nitelikte artma, uykusuzluk, bazen neşe ve iltifata bazen düşmanca ve saldırgan davranışa neden olan düşünce bozukluğunun eklenmesiyle bir “eksitasyon tablosu” oluşur<sup>152</sup>. Hasta bu saçma-bağlantısız-sökük diye tanımlanan konuşmasını saatlerce sürdürür, zıplayarak ve dans

---

<sup>150</sup> Kuyu, Cemil, “Akıl Hastalıkları ve Cezai Ehliyet”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul 1996, 180.

<sup>151</sup> Dinçmen, 55.

<sup>152</sup> **Y. 1. CD, 24.01.2008, 8554/314** (Malkoç, 261 vd.): “Toplanan deliller karar yerinde incelenip, sanık Musa Canser’in, İsmail Sözeri’yi öldürmeye kalkışma suçunun sübutu kabul edilmiş, eksitatif tablo denilen akıl hastalığının mevcut olduğu ve eylemini bu hastalığın sonucu olarak işlediği anlaşılmış, hakkında 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi uyarınca ceza tertibine yer olmadığına ve 57. maddesi uyarınca yüksek güvenlikli bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınmasına dair verilen kararda isabetsizlik görülmemiş olduğundan, katılanın, sanığın cezai ehliyetinin olduğuna, vesaireye yönelen ve yerinde görülmeyen itirazlarının reddiyle..” Görüldüğü gibi bu kararda “eksitatif tablo” başlı başına bir akıl hastalığı gibi yansıtılmışsa da, aslında şizofreninin, alt türlerinden biri olan hebefrenik tipte görülen bir durumdan ibarettir.



edercesine yürür, neşeyi hiddetle ve iltifatı küfürle peş peşe serercesine kendi öz ve gerçekten kopmuş iç dünyasını dışa yansıtır<sup>153</sup>.

3) *Katatonik Tip*: Donakalım biçiminde devinim bozukluklarıyla birlikte olan karşı çıkma ya da telkinle ortaya çıkan belirtiler sık görülür. Hasta, başkasının konuşmasını, mimiğini, jestini taklit eder. Bu tipte, hasta, ya mutlak bir hareketsizlik halini veya bir duruş postürünü tüm uyarılara karşı koruma çabası içindedir; ya da belirli bir hareket, söz veya müzik parçasını durmaksızın ve tam bir duygu yokluğu içinde, dış dünyadan tamamen kopmuş olarak art arda, bıkmadan saatlerce ve hatta bazen günlerce tekrar eder.

Bazen ise bunun tam tersi şekilde, hasta, kendisine yaptırılmak istenen hareketlere tüm gücü ile karşı çıkar. Bu durumda, mutlak bir yeme reddi veya tam bir konuşmama haline rastlanması mümkündür. Hastanın hareketsiz ve aç şekilde günlerce kalması söz konusu olabilmektedir. Gerekli tedaviye ve müdahaleye girilmediğinde, hastanın yaşamı ciddi tehlikeye girebilir<sup>154</sup>.

4) *Paranoid Tip*: Bu tipte ise, algı ve düşünce bozuklukları ön plandadır. Burada, temel şizofrenik bulgunun yanı sıra, muhakeme ve idrak bozukluklarının ortaya çıkması ile çeşitli sanrılar ortaya çıkabilmektedir. İşitsel, cinsel, motor ve iç uzuvları ilgilendiren varsanılar çoğunluktadır. Hasta, düşündüklerinin, karşısındakiler tarafından çalındığını veya aklından geçenlerin ses olarak kendisine ya da etrafa yayıldıklarını his ve iddia eder. Şizofreninin bu tipindeki sanrıları, paranoia ve parafreniden ayıran özellik, hastanın bu sanrılara uzun süre ısrar ve sebat göstermemesi ve özellikle bunlar hakkında makul bir açıklama girişiminde bulunma ihtiyacı göstermemesidir<sup>155</sup>.

5) *Şizoafektif Tip*: Hastalığın bu tipinde, temel şizofrenik bulguların yanı sıra, ekstasyon veya depresyon gibi duygulanım bozuklukları da söz konusu olabilir.

Ayrıca, sıklıkla rastlanmasa da, yukarıda sayılan beş temel tip şizofreniden başka hastalık formları da mevcuttur. Esrar, LSD, amfetamin gibi bazı toksik maddelerin kısa veya uzun süreli kullanımından sonra, ya da, bazen ağır sıkıntı durumları sonucunda gebelikle kısa süreli tedaviye olumlu cevap veren *şizofreniform tabloların* ortaya çıktığı da görülmektedir. Bugünkü anlayışa göre, bir vakanın gerçek bir şizofreni olarak kabul edilebilmesi için, en az altı ay süreyle devam etmiş olması gerekir<sup>156</sup>.

---

<sup>153</sup> Dinçmen, 55.

<sup>154</sup> Dinçmen, 55, 56.

<sup>155</sup> Dinçmen, 56, 57.

<sup>156</sup> Dinçmen, 57.

Birtakım özellikler vardır ki, şizofreninin gelişimi bakımından olumsuz etkileri olduğu kabul edilir:

- Duygu ve düşünce bakımından iyi gelişmemiş, olgunlaşmamış kişilik yapısı
- Aile içi iletişim sorunları, ilişkilerin bozuk olması
- Kalıtımsal yüklülük
- Aşırı içedönük mizaç
- Sinsi ve yavaş başlangıç
- Hastaneye yatırma sürelerinin uzun olması

*Bleuler*'e göre şizofreni hastalarının dörtte biri iyileşir. Dörtte birinde hafif bir iz kalır. Dörtte birinde kişilikte çekme ve yıkılma, dörtte birinde ise bunama ortaya çıkar. Gerçekten de, 1952'de ortaya atılan "akıl hastalıklarının ilaçla tedavisi" yönteminin gelişmesinin ardından, şizofreninin tedavi şansı oldukça yükselmiştir<sup>157</sup>. Şizofreni tedavisinde biyolojik, ruhsal, toplumsal tedavi yöntemleri kullanılır. Şizofreni tedavisi yıllarca sürebilir. Biyolojik tedavinin temelini, nöroleptik ve psikotrop ilaçlar oluşturur. Gerektiğinde, elektroşok tedavisi de uygulanmaktadır. Ruhsal tedavide, açıklayıcı, destekleyici, yapıcı, yol gösterici, içgörü kazandırıcı tedavi yöntemlerine başvurulur. Toplumsal tedavinin amacı, hastanın yeniden topluma uyumunu sağlamaktır. Bu amaca ulaşmak için hastanın becerilerini, yeti ve yeteneklerini kullanmasına ve bunları geliştirmesine yardımcı olan her türlü yöntemden yararlanılır<sup>158</sup>.

Şizofreniye tutulmuş olanların suç bakımından özellikleri, bunların saldırgan hareketleri işlemeleridir. Ani olarak ve kudurur şekilde hiddetleneme, belirleyici özelliktir. Çoğunlukla tamamen masum olan kişilere karşı kendi içlerinde kurdukları bir dünyanın ölçü ve amaçları dolayısıyla saldırıda bulunurlar. Genellikle öldürme suçunu sebepsiz yere işlerler<sup>159</sup>. Şizofrenlerin işledikleri suçlarda, suçun izahı pek mümkün değildir. Mağdurun suça konu seçilme nedeni anlaşılabilir. Eylemin oluşumu garip ve hunharcadır ve fail, işlediği suçtan ötürü pişmanlık duymaz<sup>160</sup>.

---

<sup>157</sup> Dinçmen, 57.

<sup>158</sup> <http://www.textara.com/akil-hastaliklari-depresyon-panik-atak-psikoloji-depresyon-ruhsal?page=0%2C0>, 19.05.2009.

<sup>159</sup> Dönmezer, Sulhi, "Kriminoloji", Beta Yay., İstanbul 1994, 149.

<sup>160</sup> Kuyu, 82.

Şizofreni hastalığının etkisi altında işlenen suçlarda, TCK m. 32 uyarınca ceza verilmesine yer olmadığına karar verilen Yargıtay kararları mevcuttur<sup>161</sup>.

### 2.1.2 Psikoz Maniak Depresif

Belirsiz zamanlarda periyodik, akut nöbetler halinde gelen bir elem aşırılığı (depresyon), diğer zamanlarda neşe ve hareket aşırılığı biçiminde kendini gösteren ancak bunların aynı hastada birbirini izleyebildikleri veya karışabildikleri, bu nedenle psikopatoloji bakımından bir köprüye bağlanarak “*maniak-depresif psikoz*” adını alan hastalıktır<sup>162</sup>.

Bu akıl hastalığı, “*bipolar afektif psikoz*”, “*mani-melankoli psikozu*”, “*siklofreni*” gibi birtakım başka isimlerle de anılmaktadır. Bu hastalıkta kalıtımın etkisi büyüktür ve ailevi bir karakter taşır. Eksitasyon veya depresyon veyahut her iki cins nöbetle seyreden hastalıkta, nöbetler arasındaki dönemde kişi, tam bir akıl sağlığı içerisinde. Zaten bu, söz konusu hastalığın belirleyici özelliğidir: Hastanın, önceden geçirmiş bulunduğu hastalık nöbetinin en ufak bir izini taşımaması, yani her nöbetin mutlak bir şifa ile sonlanması. Bu hastalıkta, her bir nöbetin ne kadar süreceği, bir nöbet geçirildikten sonra bir diğer nöbetin gelip gelmeyeceği, nöbet gelecekse bunun türünün Eksitasyon mu depresyon mu olacağı gibi hususlar, önceden tespit edilememektedir. Kesin olarak bilinen bir tek şey vardır ki, o da, yukarıda da belirtildiği gibi, her bir nöbetin –hasta tedavi edilsin veya edilmesin- mutlak şifa ile sonlanacağıdır<sup>163</sup>.

---

<sup>161</sup> **Y. 1. CD, 24.01.2008, 5704/321:** “Toplanan deliller karar yerinde incelenip, sanık Ramazan Dal’ın eşi Hatice Dal’ı öldürmeye kalkışma suçunun sübutu kabul edilmiş, şizofreni denilen akıl hastalığının mevcut olduğu ve eylemini bu hastalığın sonucu olarak işlediği anlaşılmış, hakkında 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi uyarınca ceza tertibine yer olmadığına ve 57. maddesi uyarınca yüksek güvenlikli bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınmasına dair verilen kararda, düzeltme ve eleştiri sebebi dışında isabetsizlik görülmemiş olduğundan, sanık müdafinin sanığın koruma ve tedavi altına alınmasının yersiz olduğuna, vesaireye yönelen ve yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddiyle, CMK.nun 325/1. maddesi uyarınca hakkında güvenlik tedbirine hükmolunan sanığa yargılama giderlerinin de yükletilmesine karar verilmesi gerekirken, yargılama giderlerinin hazine üzerinde bırakılmasına karar verilmesi yasaya aykırı..”

**Y. 1. CD, 18.01.2008, 1912/101:** “Toplanan deliller karar yerinde incelenip, sanık Yusuf Bükür’in kasten öldürme suçunun sübutu kabul, oluşa ve soruşturma sonuçlarına uygun şekilde suç niteliği tayin ve takdir kılınmış, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesinin 06.10.2005 tarih ve 4. İhtisas Kurulu’nun 14.12.2005 tarihli raporu ile, sanıkta suç tarihinde işlediği suça karşı cezai sorumluluğunu müessir ve kişide hareket serbestisini ortadan kaldıracak mahiyet ve derecede olan Paranoid şizofreni denilen akıl hastalığı saptandığı, hastalığın sanığın mezkur suçu işlediği sırada fiilinin hukuki anlam ve sonuçlarını idrak etme ve bu fiil ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini ortadan kaldıracak boyutta olduğu anlaşılmış, 5237 sayılı Yasanın 32. maddesi uyarınca ceza verilmesine yer olmadığına ve aynı Kanunun 57. maddesi gereğince koruma ve tedavi altına alınmasına hükmedilmesinde isabetsizlik görülmemiş..”

<sup>162</sup> Apaçık, Ramazan, “Akıl Hastalığının Kusur Yeteneğine Etkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul 1994, 46.

<sup>163</sup> Dinçmen, 58.

Yukarıda ifade edildiği üzere, nöbetler iki türdür: Eksitasyon (mani) ve Depresyon (melankoli).

*Mani nöbetlerinde* hasta son derece neşeli veya hiddetlidir. Kendisinden emindir ve her şeyin üstesinden gelebileceğini düşünür. Her şeyi toz pembe görür, çabuk kızar, aşırı cömert ve hatta savurgandır. Bu nöbet sırasında hasta, laubali ve alaycı bir tavır içerisindedir; her şeyde aşırıya kaçan, çok konuşan ve konuşmalarında bir an içinde fikirden fikre atlayan bir tablo sergiler. Hastanın dikkati ve belleği artar, sürekli bir coşku içerisindedir. Bazı hallerde bu coşku ve hareketlenme öyle boyutlara ulaşır ki hasta, hiç uyumadan günlerce konuşur, şarkı söyler, küfreder, etrafa saldırır, etrafı yıkar ve parçalar<sup>164</sup>.

*Melankoli nöbetlerinde ise*, mani ile taban tabana zıt durumlar söz konusu olmaktadır. Melankoli nöbeti içerisinde bulunan kişide, derin bir elem ve sıkıntı, kimi zaman da kendini suçlama temasının yanında, tam veya ileri derecede durgunluk ve hareketsizlik, konuşmama hali, iştah kaybı ve hatta hiç yememe hali, umutsuzluk, hayattan zevk almama, hiçbir şey yapmak istememe ve yapamama, önceden çok kolay yapılan sıradan günlük işleri, altından kalkılamayacak ağır birer yük olarak görme, korku ve endişe, suçluluk duygusu, kendisine ve sevdiğilerine yönelen mahvolma ve yok olma duygusu, kendini işe yaramaz ve gereksiz görme, baş, karın veya göğüste sıkışma ve ağırlık hissi ile uykusuzluk ve kabızlık gibi somatik şikâyetler, ölüm arzusu ve bazen intiharlar görülmektedir. Bu sıradaki sıkıntı hissi öylesine ağır olabilir ki, hasta, sıkıntısının etkisi altında hiçbir yerde duramaz, ellerini sıkarak ve ovuşturarak, ağlayarak ve inleyerek durmaksızın dolaşır, hatta bazen başını bir yerlere vurur, kendisini camdan aşağı atar. Bu yoğun sıkıntı hissini özellikle sabahları daha ağır olması ve akşama doğru hafiflemesi durumunun sonucu olarak, melankoli nöbetine bağlı intiharların, sabah saatlerinde daha sık olduğu gözlemlenir<sup>165</sup>.

Psikoz maniak depresif hastalığını, şizofreniden ayıran, bu hastalıkta gerek mani ve gerekse melankoli nöbetlerinde, ister neşe veya hiddet, ister elem veya kendini suçlama şeklinde olsun, duygulanım artışı söz konusu iken, şizofrenide duygulanım yıkımının söz konusu olmasıdır<sup>166</sup>.

Yukarıda şizofreninin gelişimine etkide bulunan birtakım dış etkenler sayılmıştı. Psikoz maniak depresifte ise, bunun ve genellikle sanılanın aksine, dış etkenler rol oynamazlar. Zira bu hastalık, %75'e varan oranlarda kalıtım ile ilgilidir. Dolayısıyla, nöbetlerin ortaya çıkması ile kişinin yaşamında karşılaştığı birtakım durumlar arasında herhangi bir bağlantıdan söz

---

<sup>164</sup> Dinçmen, 58.

<sup>165</sup> Dinçmen, 59 vd.

<sup>166</sup> Dinçmen, 60.

edilemez: Hayatının en mutlu, huzurlu ve sakin döneminde nöbet geçirenler olabildiği gibi, en sorunlu ve zorluklarla dolu dönemlerde tam bir akıl sağlığı içerisinde bulunanlar da olabilmektedir<sup>167</sup>.

### 2.1.3 Paranoia, Parafrenia, Yaşadönümü Psikoza

Genellikle 35-45 yaşlarında ortaya çıkan bu psikozların başlangıcı, gençlik yıllarına dayanır. Bu hastalığa yakalanan kişilerin birer akıl hastası olduklarının, hekim olmayan kişiler tarafından anlaşılması neredeyse imkânsızdır. Zira dışarıdan bakıldığında, titiz bir insan, kıskanç bir erkek, önemli bir insan olduğu için düşmanları da çok olan bir kişi olarak görünmektedirler.

*Paranoia*, akıl melekelerinden yalnızca muhakemenin küçük bir kısmına etki ettiği için, diğer melekeler sağlamdır ve kişi, kusursuz bir kişilik organizasyonu gösterir. Paranoia bakımından, elinden alınan hakkının teslimi için mahkemelerin kapılarını aşındıran kişilere, aristokrat bir aileye mensup olduğunu kanıtlamaya çalışan kişilere veya önemli bir keşfini kabul ettirmeye çalışan kişilere sık sık rastlanır. Paranoia çeşitleri, *hak arama paranoiası*, *asalet paranoiası*, *kıskançık paranoiası*, *aşk paranoiası* gibi oldukça geniş bir yelpazede ortaya koyulmaktadır. Yakın geçmişte, “İnsan Hakları Dernekleri, Akıl Hastaları Yüzünden İş Yapamıyor” şeklindeki manşetle bir gazete haberine konu olan olaylar da, bu tür özellikler gösteren hastaların, bu hezeyanlarını nasıl eyleme döktüklerini gösterir niteliktedir<sup>168</sup>.

<sup>167</sup> Dinçmen, 61.

<sup>168</sup> <http://www.tumgazeteler.com/?a=918773>: İnsan hakları dernekleri akıl hastaları sebebiyle iş yapamaz duruma geldi. Beyninde çip olduğunu iddia edenlerden “Başbakan kahveme zehir koydu.” diyerek suç duyurusunda bulunmak için yardım talep edenlere kadar birçok akıl hastası bu derneklerin kapısını çalıyor. Akıl hastaları, dernek çalışanları tarafından dinlenmediklerini fark ettiklerinde ise kimi zaman sözle kimi zaman ise kesici aletlerle saldırıyor. Bu durum sebebiyle çalışmalarını güçlüklerle yürütebilen görevliler, can güvenliklerinin olmadığını söylüyor. İnsan hakları derneklerinde görev yapanlar, son zamanlarda kendilerine müracaat edenler arasındaki akıl hastalarının oranının yüzde 30-40'lara ulaştığını açıklıyor. Uzmanlar bu durumun hastaların haklarının gasp edildiğini düşünmelerinden kaynaklandığını söylüyor. Prof. Dr. Bengi Semerci, paranoid bozuklukları olan hastaların birilerinin kendilerine zarar vereceklerini düşündüklerini, bu sebeple de insan hakları derneklerine başvurduklarını belirtiyor. Psikiyatr Dr. Saltuk Dönmez de hastaların büyük kısmının kendilerine haksızlık edildiğini düşündüklerini ve bunun insan hakları derneklerine başvurularının sebebi olabileceğini açıklıyor. 15 yıldır İnsan Hakları Derneği'nde çalışan Şaban Dayanan, derneğe gelen akıl hastaları ile çok sık muhatap oluyor. Dayanan, 1991 yılında yaşadığı şoku ise üzerinden atamamış. Kadir Çal isimli bir şizofren aylarca İnsan Hakları Derneği'ne gidip gelmiş. İşini ve aile düzenini Yunan ve Alman gizli servisi sebebiyle kaybettiğine inanan Çal, “Yunanlıları da yakacağım, Almanları da yakacağım.” diyormuş. “Sen git bir doktora görün.” diyen Şaban Dayanan'a bıçakla saldırmış. Dayanan, bir müddet sonra gazetelere baktığında, Kadir Çal'ın Beyazıt'ta içerisinde 35 Yunanlı turist bulduğu bir otobüsü ateşe verdiğini ve turistlerle birlikte yanarak öldüğünü görmüş. Bir diğer insan hakları derneği olan Mazlum-Der de benzeri sıkıntıları yaşıyor. Mazlum-Der'e gelen hak ihlalleri başvurularını alan avukat Elif Koşaroğlu, etkisinden kurtulamadığı bir olayı şöyle anlatıyor: “Bir akşam binada yalnız kalmıştım. İri yarı bir adam içeriye girdi. “4 kişiyi öldürdüm.” diyerek söze başlayınca oturduğum yere çakılıp kaldım. “Adam şizofrendi ve bir cinnet sonrasında 4 kişiyi öldürmüştü.” Koşaroğlu sürekli gelen hastalar için ise farklı bir metot geliştirmiş. Hikâyesini anlatmaya başlayan hastalara ilaçlarını kullanıp kullanmadığını, doktoruna gidip gitmediğini soruyor, ardından da çay ikram ederek uğurluyor. Koşaroğlu, “Ben büyücü dükkânı açmak istiyorum. Vergimi ödeyerek büyücülük yapmak istiyorum.” diyerek

*Parafreniada* ise, muhakeme melekesinin yanı sıra, algılama melekesinde de sorunlar vardır. Hezeyanların dışında, onlarla bağlantılı ve onları besler nitelikte olan halüsinasyonlar da görülür. 35-40 yaşlarında görülmeye başlayan parafreni de, paranoia gibi, temelini daha genç yaşlardan alır. Burada, halüsinasyonlar ve kendisine düşmanlık yapıldığı hezeyanları devresi ve onu izleyen büyüklük hezeyanları devresi birbirini izler. Paranoia gibi parafreni de, tedaviye direnç gösteren bir nitelik taşır. Klinik tabloda hezeyanların yanı sıra halüsinasyonların da bulunması ve kişinin bunlara karşı davranışları, bu kişilerin hastalıklarının, paranoiaya kıyasla daha çabuk anlaşılmasını sağlar<sup>169</sup>.

*Yaşadönümü psikoza*, 40-60 yaşları arasındaki kadınlarda ve erkeklerde görülür. Buna “yaşadönümü melankolisi” ya da “geç parafrenia” adı da verilmektedir. Burada, kendisini ve etrafı suçlama, hayattan zevk almama, çalışmama, işitsel ve iç uzuv halüsinasyonları gibi belirtiler görülür<sup>170</sup>.

#### **2.1.4 Konfüzyon Mental**

Bu hastalığa, “amentia”, “had delirium”, “bitkinlik psikoza” gibi isimler verildiği de görülmektedir. Bu hastalıkta, mutlak bir şaşkınlık, yönelim kaybı, özellikle korkulu halüsinasyonlar, huzursuzluk, saldırganlık gibi ruhsal arazlar görülür. Bunların yanı sıra, orta veya yüksek ateş, kanda üre yükselmesi gibi organik belirtiler de ortaya çıkar. Kimi zaman ölümle sonuçlanabilen bu psikozun ortaya çıkmasına, maruz kalınan somatik veya ruhsal stresler neden olur. Bu hastalık, ölümle veya şizofreni ile de sonuçlanabilir.

Ayrıca, diğer bir hastalığın seyri içerisinde bu hastalığın ortaya çıkması durumu da söz konusu olabilmektedir ki buna “sekonder konfüzyonel durumlar” adı verilir. Menenjit, sıtma, kan şekerinin yükselmesi veya düşmesi, kronik kalp-böbrek rahatsızlıkları gibi hastalıklarda sekonder konfüzyonel durumlar ortaya çıkabilmektedir<sup>171</sup>. Bu durumlarda, tedavi, asıl hastalığa yönelik olur; onun etkisi geçtikçe sekonder konfüzyonel durumun da etkisi geçer.

---

uzun süredir Mazlum-Der'den çare isteyen F.G.'yi ise “Git vergi dairesine başvuru, sana vergi levhası versinler.” diyerek yollamak zorunda kalmış. Gelen akıl hastalarının hayal güçlerinin çok geniş olduğunu açıklayan Koşaroğlu, “O kadar güzel senaryolar yazıyorlar ki hikâyelerindeki eksik parçayı bulmak çok zor. Onların dinlenmemesi durumunda olay çok daha vahimleşiyor.”

<sup>169</sup> Dinçmen, 65 vd.

<sup>170</sup> Dinçmen, 67.

<sup>171</sup> Dinçmen, 68; Akgün, Nejat, “Adli Psikiyatri”, Ankara 1987, 148.

## 2.2 Organik Psikozlar

### 2.2.1 Yaşlılık Bunaması (Demans Senil)

65-70 yaşlarından sonra başta hafıza kusurlarıyla başlayıp, dikkatini bir konu üzerinde yoğunlaştırılmama, kendine söylenenleri ve okuduklarını anlamama, düşüncelerini toparlayıp onları dile getirmede güçlük gibi belirtiler görülür. İlerleyen aşamalarda ise, *deja vu ve jamais vu* tipinde hatırlama kusurları ortaya çıkar<sup>172</sup>. Genel olarak demans, ilerleyici gidişat gösterir; hafıza gitgide bozulur. Yargı ve davranış bozuklukları, kişilik değişiklikleri, regresyon, çocuksu davranışlar, kötülük görme hezeyanları, halüsinasyonlar ve illüzyonlar görülebilir. Sosyal uyum bozulur<sup>173</sup>. Hastalığın ilerleyici özellik göstermesinin aynı sıra, geri dönüşü de yoktur. Burada dikkat edilmesi gereken, ihtiyarlık bunması ile doğal yaşlanma arasındaki farktır. İlkinin, kusur yeteneğine etki edebilecek derecede bir hastalık olmasına karşılık<sup>174</sup>, ikincisi doğal fizyolojik bir durumdur.

### 2.2.2 Paralizi Jeneral

Paralizi jeneral, Frengi hastalığının beyne yerleşmesi ile ortaya çıkan, ilerleyici ve tedavi edilmediği hallerde ölümlerle biten bir hastalıktır<sup>175</sup>.

Genel frengi vakalarının %5'inde ve frengi hastalığının ortaya çıkışından 5-20 yıl sonra ortaya çıkan ve özellikle zeka yıkımı, bunama ve çocuklaşma hali ile kendisini gösteren bu ciddi akıl hastalığına, günümüzde pek rastlanmamaktadır. Penisilin frengi tedavisinde kullanılmaya başlandığı son 50 yıldan bu yana, frengi ile birlikte paralizi jeneral de azalmıştır. Bu hastalıkta, utanma duygusunun ortadan kalkması, umursamazlık, karakter değişikliği, davranış bozukluğu, ölçüsüz büyüklük sanrıları, sıkıntı hissi ile birlikte, gitmeyen bedensel şikâyetler söz konusu olur. Hastalardaki gözbebeklerinin ışık ve mesafeye karşı

---

<sup>172</sup> Dinçmen, 68 vd.

<sup>173</sup> Özkan/Hakeri, 6.

<sup>174</sup> **Y. 11. CD, 1.5.2006, 1880/ 3669** (Malkoç, 268): “1334 doğumlu olan, adli tıp uzmanının 8.12.2003 gün ve 13570 sayılı raporu ile ‘seniliteye bağlı ileri derecede demans (yaşlılık bunaması)’ olduğu tespit edilen sanığın adli tıp kurumunu sevki sağlanarak, suç tarihinde 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi (765 sayılı TCK.nun 46. maddesi) anlamında ‘işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamaya veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini önemli derecede azaltacak şekilde akıl hastalığı bulunup bulunmadığının 5271 sayılı CMK.nun 74. maddesine (1412 sayılı CMUK.nun 74. mad.) göre yapılacak tetkik sonucu tespit edilip, sonucuna göre hukuki durumunun takdir ve tayini gerekirken, tek hekim tarafından düzenlenen rapor ile yetinilerek yazılı şekilde hüküm kurulması..”

<sup>175</sup> Apaçık, 55.

reflekslerindeki değişiklikler ile beyin-omurilik sıvısındaki spesifik, hücresele ve biyokimyasal değişiklikler de fizyolojik belirtilerdir<sup>176</sup>.

### 2.2.3 Beyin Tümörlerine Bağlı Davranış Bozuklukları

Beyin tümörlerinde ruhsal bozuklukların ortaya çıkıp çıkmaması, tümörün beyinde oturduğu bölge ile sıkı sıkıya bağlıdır. Ortaya çıkan davranış bozuklukları da, yine tümörün beyinde bulunduğu bölgeye göre, farklı belirtiler gösterir. Örneğin, “*prefrontal lob*”larda bulunan tümörler çocuklaşma, umursamazlık, şaşkınlık, utanma duygusu kaybı, dalgınlık gibi belirtilere neden olurken; “*temporal lob*” bölgesindeki tümörler, işitme halüsinasyonları, söylenenleri anlama yetersizliği, el becerileri kaybı gibi durumlara neden olurlar. Burada önemli olan husus şudur: Tüm bu belirtiler, kalıcı değil geçicidirler; onları ortaya çıkaran temel neden ortadan kalkınca, davranış bozukluğu da ortadan kalkar<sup>177</sup>.

### 2.2.4 Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımına Bağlı Akıl Hastalıkları

Bağımlılık, ağız, burun veya deri yolları ile medikal amaçlar için kullanılan veya zoraki ve yalancı keyif ihtiyacı ile aranan bazı ilaçlarına ve bitkisel-kimyasal maddelerin gitgide yüksek miktarına alışma ve bağlanmanın patolojik halidir<sup>178</sup>.

Alkol veya uyuşturucu maddelerin sebep olduğu zehirlenme de bir nevi akıl hastalığıdır ve akıl hastalığı hakkında kabul edilen rejime tabidir<sup>179</sup>. Alkol veya uyuşturucu maddelerin kullanmasından kaynaklanan zehirlenmeler, itiyadi sarhoşluk ve uyuşturucu madde kullanımını itiyat haline getirme durumlarından farklıdır. Alkol veya uyuşturucu madde kullanımının itiyat haline getirilmesi, insanın kişiliğine geçici bir etki ortaya oluşturur ve bu etki ortadan kalktığında, insan normal kişiliğine döner. Kronik zehirlenmede ise, devamlı patolojik bir hal, akli bir bozukluk söz konusu olur. Burada artık bir kişilik bozukluğu ortaya çıkmış olmaktadır. İtiyadi sarhoşlukta, sarhoşluğun etkisi geçebilir ve kişi normale dönebilirken, kronik zehirlenme durumunda, alkol veya uyuşturucu madde alınmadığı

---

<sup>176</sup> Dinçmen, 72.

<sup>177</sup> Dinçmen, 73.

<sup>178</sup> Apaçık, 64; Adasal, Rasim, “Ruh Hastalıkları”, Ankara 1976, 195.

<sup>179</sup> Y. 1. CD, 27.02.2008, 5850/1398 (Malkoç, 262): “Sanığım duruşmada uyuşturucu nedeniyle tedavi gördüğünü beyan ettiği yine sanık müdafininin tedavi gördüğüne ilişkin evrakın ilgili yerden istenmesini talep etmesi karşısında sanığın varsa tedaviye ilişkin evrakının ilgili yerlerden getirtilip İstanbul Adli Tıp Kurumuna sevk edilerek Gözlem İhtisas Dairesinde müşahade altına alındırdıktan sonra düzenlenecek raporla birlikte Adli Tıp 4. İhtisas Kuruluna gönderilerek ‘cezai ehliyetini azaltacak veya ortadan kaldıracak şekilde akıl hastalığının bulunup bulunmadığı’ ile ilgili rapor alınması... gerekirken yazılı şekilde eksik inceleme ile hüküm kurulması...”



zamanlarda da kişinin akli melekelerinde bozukluk vardır ve sürmektedir. Dolayısıyla, kronik zehirlenme de, akıl hastalıklarından biri olarak kabul edilir<sup>180</sup>.

Genellikle bağımlı kişi, bağımlı bulunduğu maddeden ilk kullandığı günlerdeki hazzı almaya devam edebilmesi ve hatta bir süre sonra basit günlük yaşamını devam ettirebilmesi için, almakta olduğu maddenin günlük dozunu sıklıkla arttırmak durumunda kalmaktadır. Bazen de kişinin, bağımlı olduğu maddeyi bulamadığı anlarda içine girdiği ve “yoksunluk sendromu” adı verilen bir durum ortaya çıkar ki bunda kişide hem psikolojik hem fizyolojik sıkıntılar baş gösterir<sup>181</sup>.

Bağımlılığa neden olan maddeler, alkol olabildiği gibi, morfin, kokain gibi alkaloidler ve eroin gibi yan sentetik maddeler ya da esrar, afyon, eter, LSD, meskalin, kloral, barbiturat, amfetamin, diazepoksit, bromür gibi doğal veya sentetik organik ve inorganik maddeler de olabilir.

Alkolün neden olduğu akıl hastalıkları, psikiyatride önemli bir bölümü oluştururlar. Bunlar arasında, en belli başlı olarak, müzmin alkoliklerde görülen ve özellikle de alkolün birdenbire kesilmesi hallerinde ya da alkollü günler içinde de oluşabilen *konfüzyon hali*; görme halüsinasyonları, illüzyonlar, titremeler, korku ve panik halleri, terleme, ateş yükselmesi ile kendini gösteren ve ciddi bir şekilde tedavi edilmediği takdirde ölümle dahi sonuçlanabilen *delirium*; özellikle kıskançlık ve homoseksüellik temasını işleyen işitme halüsinasyonları ile kendisini gösteren *alkol halüsinozası*; aile içi ve yakın akrabaları hedef alan kıskançlık hezeyanları ile seyreden *alkol paranoiası* gibi durumlar vardır<sup>182</sup>.

Uyarıcı ve uyuşturucu maddeler ise, çok çeşitli olup, her geçen gün bu maddeler zincirine bir yenisi eklenmektedir. Hatta gerçekte birer ilaç olan maddeler dahi, tıbbi neden dışında ve tıbbi dozlarının üstünde kullanıldıklarında, zevk verici ve bağımlılığa neden olan maddelerden olabilmektedirler. Dolayısıyla, nelerin bu kapsamda değerlendirilebileceğini önceden kestirebilmek mümkün değildir. Her bir maddeye bağımlılığın kişi üzerindeki etkileri de değişkenlik gösterdiğinden, burada tek tek hangi bağımlılığın ne tür belirtilere yol açtığı sayılmayacaktır. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü'nün getirmiş olduğu bir tanım bulunmaktadır<sup>183</sup>: “*Bitkisel veya sentetik menşeli olup, merkezi sinir sistemini etkileyerek fizik ve/veya psikik bağımlılık hallerine yol açan ve bazı hallerde tek konulu (kullanmanın*

---

<sup>180</sup> Dönmezer/Erman, C:II, 173.

<sup>181</sup> Dinçmen, 76.

<sup>182</sup> Dinçmen, 79.

<sup>183</sup> Tezcan, Durmuş/Erdem, Mustafa Ruhan/Önok, R. Murat, “Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku”, Seçkin Yay., 6. Baskı, Ankara 2008, 643.

*devamı üzerine dozajı artırmak ihtiyacının duyulması) ve diğer bazı hallerde ise aynı kişinin değişik uyuşturucu kullanması gibi çift konulu tutku yaratan bütün maddeler uyuşturucu madde sayılırlar.”*

Bağımlı halde bulunan kişilerde, bellek ve dikkat kusurları, zeka çöküntüleri, ahlak ve karakter kusurları, cinsel sapıklıklar, görev sorumluluğu duygusunun kalkması gibi durumlar ortaya çıkar<sup>184</sup>. Alkole veya uyuşturucu maddeye tutulan kişi, bu maddelere ulaşmak, bunları elde etmek için her türlü suçu işleyebilecek bir duruma girer<sup>185</sup>. Kronik alkolikler, kıskançlık cinayeti, kişilere ve eşyalara karşı saldırılar, cinsel alanda teşhircilik, çocuklarla cinsel ilişki gibi suçları genellikle işlemektedirler<sup>186</sup>.

### **2.3 Zekâ Gerilikleri (Oligofreniler)**

Birtakım kalıtsal hastalıklar, kromozomal bozukluklar, gebeliğin özellikle ilk üç ayında annenin geçirmiş olduğu zehirlenmeler ve bazı döküntülü hastalıklar ile travmalar veya ağır beslenme bozuklukları, doğum travmaları, kafa travmaları, çocukluğun ilk yıllarında geçirilen enfeksiyon hastalıkları ve metabolik hastalıklar gibi sebepler sonucu ortaya çıkan zeka gerilikleri veya diğer adıyla oligofreniler ve özellikle de bunların ağır dereceleri, tüm hayat süresince devam eden ve tedavileri olanaksız olan akıl bozukluklarındandır<sup>187</sup>.

Zekâ, “bireyin, amaçlı olarak hareket edebilme, mantıklı düşünebilme ve çevresine uyum sağlayabilme yeteneklerinin tümü” olarak tanımlanabilir. Ağır derecede *mental retardasyonu* olanlarda ceza sorumluluğunun bulunmadığı kabul edilir. Buradaki kıstas, zekâ yaşı 11’in altında olanların ceza sorumluluğunun olmayacağı şeklinde getirilmiştir<sup>188</sup>. Yargıtay, akıl zayıflığının düzeyi ve olaydaki etkinliği esas alınarak hüküm verilmesi gerektiğini belirtmektedir<sup>189</sup>.

Zekâ geriliklerinde, kişinin tehlikeli olması durumuna nadiren rastlanır. Ancak zekâ noksanı, karakter bozuklukları ile birlikte var olunca, özellikle suç tehlikesi ortaya çıkmış bulunur. Oligofrenler, olayları kavrama yetersizliği, muhakeme zayıflığı ve bazen de ya kendi kararları ya da başkalarının teşviki ile suç işleyebilirler. Özellikle de embesillerle ve debillerle, adli

---

<sup>184</sup> Apaçık, 66.

<sup>185</sup> Dönmezer, 150.

<sup>186</sup> Demirbaş, 128.

<sup>187</sup> Dinçmen, 84.

<sup>188</sup> Özkan/Hakeri, 6.

<sup>189</sup> Centel/Zafer/Çakmut, 374, dn. 104: “Ceza indirimi saptanırken, akıl zayıflığının düzeyi ve olaydaki etkinlik seviyesi ölçü alınmak gerekir. Sanığın kişiliği, şahsi ve sosyal durumu, suçun işleniş biçimi, yer ve zamanı, kullanılan araç ve sonucu gibi veriler bu indirimde göz önünde alınmaz.” (Y. 1. CD, 13.02.1996, 4047/371)

psikiyatrik vaka olarak karşılaşılmaktadır. Genellikle hırsızlık suçlarının, bazı cinsel suçların, kundakçılık, dilencilik gibi fiillerin, zeka geriliği içerisinde olan kişilerce işlendiği görülür. Ayrıca, oligofrenlerin, psikopatlar tarafından yönlendirilip suça sürüklendikleri de görülmektedir<sup>190</sup>. Bugün genellikle zeka gerilikleri ile suçluluk arasında ancak zayıf bir ilişki bulunduğu kabul edilmektedir<sup>191</sup>.

### **2.3.1 İdiosi**

0-3 yaştaki normal çocuk zekası sınırları içinde kalan çok ağır zeka gerilikleri vakalarıdır. Ateşte yanma, yüksekte düşme, ezilme gibi çok belirgin fiziksel tehlikelere karşı dahi kendini sakınma yeteneği bulunmayan, konuşamayan, anlamsız şekilde bağırıp çağıran, ısırarak, vuruş kırarak, en ufak bir temizlik kavramına sahip olmayan, büyük ve küçük apteslerini kontrol altında tutamayan, açlık ve doyma hisleri bulunmayan idioların I.Q.'ları, 0-30 gibi oldukça düşük bir seviyededir. İdioların büyü kısmında epilepsi nöbetleri görülür<sup>192</sup>.

### **2.3.2 Embesilite**

4-8 yaştaki normal çocuk zekası sınırları içinde kalan ciddi bir zeka geriliğidir. Embesillerin, kendilerini fiziksel tehlikelerden koruyabildikleri gözlenirse de, belirgin çocukça davranış ve düşünce tarzı, öğrenme yetisindeki belirgin yetersizlik söz konusudur. Bu kişiler, arzu ve şiddet impulslarını kontrol altında tutamadıkları için, normal bir sosyal uyum gösteremezler. I.Q.'ları 30-50 arasındadır. Ciddi ve yetkin bir eğitim ile, bazı pratik bilgilerin bu kişilere kazandırılması imkanı vardır<sup>193</sup>.

### **2.3.3 Debilite**

9-15 yaştaki normal çocuk zekası sınırları içinde kalan hafif zeka geriliğidir. Debillerin I.Q.'ları 50-80 arasındadır. Debiller, bir dereceye kadar sosyal uyum ve öğrenme yeteneği gösterebiliyor olmalarına karşın, karşılaştıkları karmaşık ve güç durumlardaki uyum ve

---

<sup>190</sup> Apaçık, 53.

<sup>191</sup> Dönmezer, 152 vd.

<sup>192</sup> Apaçık, 52.

<sup>193</sup> 2002 yapımı bir film olan "I am Sam"de de, işte bu durumdaki bir kişinin hayatı konu alınmıştır. Sam, 7 yaşındaki normal bir çocuğun zekâ seviyesine sahiptir. Her ne kadar, hayatını tek başına idame ettirebilecek birtakım pratik bilgiler ve becerilere sahipse de, çocuğuna bakmakta zorlanmaktadır. Sam'in kızı 7 yaşına yaklaştığında, okul idaresi aracılığı ile bilgilendirilen yargı birimleri, kızının zekâ seviyesinin Sam'inkini geçeceği gerekçesi ile çocuğun Sosyal Hizmetler Kurumu'na verilmesini sağlamaya çalışırlar. Film, embesil olan bir babanın çocuğuna yetip yetemeyeceği; çocuğun babadan alınmasının kendisi için daha mı iyi olacağı gibi konuların etik ve hukuki boyutlarını tartışmaktadır.

sorunları çözmedeki yetersizlikleri, özellikle soyut kavramları algılayamama ve olayları değerlendirmede kullandıkları çocukça normlar, bu kişileri normal zekâ seviyesindeki kişilerden ayırır. Fakat yine de, bu kişilerin çoğu, ilk bakışta oligofren izlenimi uyandırmazlar. Özellikle de yüksek debilerin zeka seviyesi 16 zeka yaşına kadar yükselebildiğinden, bunlar yüksek öğrenimi güçlükle de olsa tamamlayabilirler<sup>194</sup>.

## **2.4 Nevrotik Bozukluklar (Psikonevrozlar)**

Nevroz veya psikonevroz şeklinde de ifade edilen bu hastalık, kişinin eskiden beri içine atarak bastırılmış olduğu ve yeniden canlanmış, çocuksu dürtüsel istekleri ile, şimdiki kişilik bölümleri (nevrotik savunma mekanizmaları) arasında çıkan çatışmalardan doğan belirtiler, duygular ve davranışlardan oluşur. Bu çatışmalar, bastırılmış, şuur altına atılmış duygu ve isteklerin şuur düzeyine çıkmak istemeleri ve buna karşılık bazı kişilik bölümlerinin, bunları şuur altında tutmak istemelerinden kaynaklanır<sup>195</sup>.

Nevrozları, psikozlardan ayıran ve aynı zamanda nevrozlar grubu hastalıklarını birbirine yaklaştıran en büyük faktör, nörotik hastalarda genellikle gerçek ile temasın kopmamış olması ve dolayısıyla sosyal uyumun pek bozulmamış olmasıdır. Nörotik bir hasta, göstermekte bulunduğu sıkıntı ve acı duygusuna, yaratma ve sevebilme yetisindeki tüm kayıplara karşın –psikotik hastaların tersine- durumunun ve hastalığının bilincinde ve gerçekle temasta olup, genelde sosyal bir uyum gösterebilmektedir. Bu duruma göre, böyle bir hastanın, hastalığının en ağır ve kötü devrinde dahi işine gidebildiği ve durumunu bilmeyen bir kişiden hastalığını saklayabildiği görülmektedir. Böyle hastaların akıl hastanesine yatırılması, nadir rastlanan bir durumdur. Bu kişilerin, hastalıklarının çok ağır dönemlerinde, şikâyetlerine dayanamayarak kendilerinin akıl hastanesine yatırılabilme için başvurdukları görülmektedir<sup>196</sup>.

### **2.4.1 Kaygı Bozuklukları (Anksiyete)**

Kaygı, duygulanımın elem yönünde artmasıdır. Kaygı, korkuya benzer bir duygulanım durumudur. Genel olarak “gelecekte kötü bir şey olacakmış gibi bir algılama” söz konusu olur ve dile getirilir. Gelecekte olması düşünülen kötü şey, yakınlarının başına bir dert gelmesi, bir hastalığa yakalanma gibi durumlar olabilir.

---

<sup>194</sup> Apaçık, 52.

<sup>195</sup> Ünver, 33.

<sup>196</sup> Dinçmen, 87.

Kaygının özellikleri ve belirtileri şunlardır:

- Hoş olamayan, elem veren duygulanım durumu
- Geleceğe yönelik şiddetli endişeli beklenti
- Bu durumların kişisel algılanması ve duyumsanması
- Bedensel gerginlik
- Ruhsal tedirginlik ve panik

Kaygı, temel olarak ikiye ayrılır: Birincisi, bireyin kişilik özelliklerinden ve yapısından kaynaklanan sürekli ve iç kaygı, ikincisi ise, dış ortamdan kaynaklanan ve durumluk olan dış kaygıdır. Durumluk kaygı, çoğunlukla, sürekli kaygının etkisiyle değişir. Kaygı seviyesinin yükselmesine karşı savunma mekanizmaları harekete geçer. Savunma mekanizmalarının kullanılış biçimi ve süresi, nevroz belirtilerini oluşturur. Nevrozlarda, duygulanımda ve zihinsel işlevlerde nicelik açısından değil nitelik açısından bir değişme söz konusu olur. Nevrozların temelinde, sürekli kaygı düzeyini yükselten çatışmalar vardır. Nevrozlu hasta, toplumsal çatışmalar sonucu yüksek olan sürekli kaygı düzeyi üzerine ortaya çıkan durumluk kaygıdan kurtulmaya çalışır ve savunma mekanizmalarını bu çaba için kullanır.

Anksiyete bozukluklarının ve somatoform bozuklukların, suç anında mevcut bulunsalar dahi, ceza sorumluluğuna etkide bulunmayacakları yönünde bir görüş vardır<sup>197</sup>.

#### **2.4.2 Fobik Nevroz**

Burada, gerçekte olmayan, ancak bir nesneye veya duruma kişinin bilinçsiz olarak bağlanması ve bunlara yönelik abartılmış, özel patolojik bir korku duyması durumu söz konusu olmaktadır<sup>198</sup>. Fobik nevrozlarda kişi, korkusunun anlamsız, gereksiz, yersiz olduğunu bilir. Ancak korktuğu durum, nesne, olay ile karşılaştığında ya da bunları kafasında tasarladığında, durumluk kaygı seviyesi yükselir; panik başlar. Fobik nevrozun temel belirtisi kaygıdır. Ancak burada kaygı, anksiyete nevrozunda olduğu gibi serbest değildir; bir duruma, kişiye, nesneye veya olaya bağlıdır. Kişi, korku nesnesi veya durumundan uzaklaşınca rahatlar<sup>199</sup>. Kaygının çeşitlerine göre, fobik nevroz dörde ayrılır:

- a) Nesnelere Karşı Fobik Nevroz: Bıçak, iğne, kalem, şiş, düğme, ilaç, böcekler, akrep, yılan, mikrop, pislik gibi.
- b) Belirli Durumlara Karşı Fobik Nevroz: Kapalı yer, meydan, sokak, yükseklik, kalabalık, okul, asansör, gemi, deniz, kapalı hava, karanlık, gök gürültüsü gibi.

---

<sup>197</sup> Özkan/Hakeri, 7.

<sup>198</sup> Ünver, 35.

<sup>199</sup> Öztürk, 242.

- c) Kişilere Karşı Fobik Nevroz: Karşı cins, toplumda belirli bir rolü ve yeri olan insanlar gibi.
- d) Beden İşlevlerine Karşı Fobik Nevroz: Yüz kızarması, terleme, idrar kaçırma, gaz çıkarma gibi.

### **2.4.3 Obsesif-Kompulsif Nevroz**

İstek dışı gelen, tekrarlanan ve bilinçli bir çaba ile kovulamayan saplantılı düşünceleri (obsesyonlar) kovmak için yapılan ve irade dışı tekrarlanan hareketlerdir. Bu durum, düşünce ve mantık düzeyinde ortaya çıkan, kişinin istek ve iradesi dışında sürekli olarak yinelenen, tedirginlik yaratan, durumluk kaygı düzeyini yükselten, takıntılı ve zorlu düşüncelerden oluşur. Bu düşünceler, kişiye yabancıdır; onun tarafından istenmez; karşı çıkılır; saçma olduğu kabul edilir. Ancak tüm çabalara rağmen, bu düşüncelerin etkileri engellenemez. Takıntılı ve zorlu düşünceler hastayı, gereksiz, saçma davranışlara yönlendirir. Bu tür düşünceler, genellikle zıt düşüncelerin çatışması ya da kuşku biçiminde görülür. Klinik belirtilerde, sıkıntılı ve hoş gitmeyen fikirlerin sürekli oluşması, tekrarlanan ve stereotipik bir uğraşıda bulunma şeklinde zararlı ve dayanılmaz dürtüsel hareketlerin görülmesidir<sup>200</sup>.

Dini inançlara çok bağlı olma, çocuğuna aşırı ilgi ve sevgi gösteren annenin ona zarar vereceğinden kuşku duyması gibi durumlar buna örnek gösterilebilir.

### **2.4.4 Hastalık Hastalığı (Hipokondria)**

Hastalık hastalığı, sağlığa ilişkin aşırı kaygı ve kuruntu durumu olarak tanımlanabilir. Hipokondirada, hastanın, fizik belirtilerini ve duyularını gerçekçi ve doğru olmayan bir biçimde yorumlamasının sonucu olarak, ciddi bir hastalığı olduğu düşüncesi ile uğraşıp durması ve bu hastalıktan dolayı korku duyması söz konusu olur<sup>201</sup>. Hastalık hastası bireyler, kişilik yapılarındaki özellikler nedeniyle, bedenleri, sağlıkları ve iç organlarının çalışmasına aşırı duyarlılık gösterirler. Tıp kitapları, gazete, dergi, radyo veya televizyonlardaki sağlık konularıyla ilgili yazılar ve programları dikkatle izlerler ve buralarda konu edilen hastalıkların belirtilerinin kendilerinde bulunduğunu zannederler. Kendilerinde sürekli olarak bir hastalık olduğunu düşünür ve sürekli doktorlara giderler. Kendi sağlığından endişe duyan hastalar, dikkatlerini bir organda yoğunlaştırırlar, daha sonra başka bir organa yönelir

---

<sup>200</sup> Ünver, 36.

<sup>201</sup> Güleç, Cengiz/Köroğlu, Ertuğrul, "Psikiyatri Temel Kitabı", Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997, 545.

ve bunda bir hastalığın bulunduğuna inanırlar<sup>202</sup>. Hipokondriyak nevrozun, büyük akıl hastalıklarına dönüşme eğilimi olduğu da belirtilmektedir<sup>203</sup>.

#### **2.4.5 Histerik Nevroz**

Histeri, genellikle benliği olgunlaşmamış olan kişilerde, çatışmalardan doğan bastırılmış, denetlenmiş, engellenmiş, ertelenmiş duygu ve düşüncelerin, bedensel veya ruhsal belirtilerle ortaya çıkması olarak tanımlanır. Histerik belirti, bulgu ve yakınmalar, bir çatışmayı anlatır ve bu çatışmadan kaynaklanan kaygıyı önler; hastayı kaygıdan kurtarır. Onun yerine ise, bir organda işlev yitimi ya da ruhsal bir bozukluk oluşur. Buna “birincil kazanç” denir. Bunun yanı sıra, hasta, belirtileri ve yakınmaları dolayısı ile özel bir ilgi görür ve buna da “ikincil kazanç” denir. Birincil ve ikincil kazançların sağlanması, bilinç dışı çalışan savunma mekanizmaları ile oluşur. Hasta bunların farkında olmaz.

Histerik belirtiler, iki ana grupta toplanır. Bunlar, duygu dönüşümü nevrozu ve bölünme nevrozu olmak üzere ikiye ayrılır. İlk grupta, genellikle duyu ve hareket sistemine ilişkin işlevsel bozukluklar olur. Bunlara örnek olarak, körlük, sağırlık, kol veya bacak tutmaması, istem dışı hareketler, beden yüzeyinde ağrılar ve uyuşmalar gösterilebilir.

İkinci grupta ise, bilincin ya da kişiliğin bölünmesi, dağılması söz konusu olur. Bunlar arasında, bellek bozuklukları, geçmişin bir bölümünü veya tamamını unutma, çoklu kişilik, uyurgezerlik, donakalım gibi durumlar sıklıkla görülür.

#### **2.4.6 Yorgunluk Reaksiyonu (Nevrasteni)**

Nevrasteni, nevrotik düzeyde bir reaksiyon olup, heyecana dayalı yorgunluk, zayıflık, çabuk yorulma, yetersizlik duyguları, irritabilite, konsantrasyon güçlüğü ve diğer fiziksel, psikolojik, heyecansal belirtilerle karakterize uzun sürme eğilimi gösteren bir nevrozdur<sup>204</sup>.

Ruhsal nedenlere bağlı ve genel bir yorgunluk ve bitkinlik hissi ile birlikte seyreden ve özellikle bir iç hastalığı arazını taklit eden bu nevrozda, uykusuzluk, sıkıntı, dikkati toparlayamama, unutkanlık, çabuk kızma, gerginlik, takatsizlik gibi ruhsal arazların yanında, herhangi bir organik nedene bağlı olmayan baş ve bel ağrıları, mide-bağırsak ve kalp-damar şikâyetleri ön plandadır<sup>205</sup>.

---

<sup>202</sup> Ünver, 38.

<sup>203</sup> Çifter, İsmail, “Psikiyatri”, Ankara 1986, 380.

<sup>204</sup> Çifter, 363.

<sup>205</sup> Dinçmen, 90.

## 2.4.7 Disosiyatif Reaksiyonlar

Nevrotik durumlardan en ağırdır ve nevroz ile şizofreni arasındaki geçiş dönemi olarak kabul edilir. Disosiasyon halleri, tehlike ve ağır stres karşısında oluşan psikolojik bir kaçış olarak tanımlanabilir. Burada, ağır ve dayanılmaz sıkıntı karşısında, tümün yıkımını ve tamamen parçalanmasını önleyebilmesi ve varlığını koruyabilmesi amacıyla, ego, kendi bütünlüğünden bir parçayı koparıp ayırmak suretiyle, hastalık yaratan ve hasta olan kısmını bilinçten uzaklaştırmak zorunda kalır. Yani, tam bir yıkım ile karşı karşıya kalan ego, tümün korunması amacıyla, kendi organizasyonunu parçalama ve feda etme gibi çok ağır bir ödün vermek zorundadır<sup>206</sup>. Bunun için de hasta, kendi bedeni, hareketleri, duygu ve düşüncelerinde şüpheye düşer. Bütün bunlar, sanki ona ait değilmiş gibi görülür. Kendisine değişmiş bir varlık gibi algılar<sup>207</sup>. Hasta, kendisinin kendisi olmadığını, eli, yüzü veya sesinin değiştiğini hisseder. Kişi, rüyadaymış gibi hareket eder; kendisini, kendi hareketlerini dışarıdan izleyen bir seyirci gibi görür; kendisine tamamen yabancılaşır<sup>208</sup>.

Disosiasyon hallerinde ve süresince tam bir bilinç kaybı söz konusu olup, yapılan tüm hareketler ve girişilen tüm eylemler tamamen bilincin kontrolünden uzak ve ancak “hasta” egonun gereksinimleri ve istekleri yönünde işlenmektedir. Bu haller, *uyurgezerlik, yabancılaşma (depersonalizasyon), çift kişilik, bayılma, kaçış, amnezi* şeklinde kendilerini gösterirler. Bunlardan özellikle çift kişilik durumunun, birçok roman ve filme konu olduğu bilinmektedir<sup>209</sup>.

## 2.5 Diğer Bazı Akıl Hastalıkları

### 2.5.1 Epilepsi (Sar'a)

Ceza hukuku bakımından akıl hastalıklarının incelenmesinde, genellikle üzerinde en çok durulan ve Yargıtay kararlarında en fazla rastlanan akıl hastalığının epilepsi olduğu söylenebilir. Gerçekten de, yazarlar çoğunlukla, epilepsiyi diğer akıl hastalıklardan daha fazla ve daha ayrıntılı olarak incelemişlerdir.

---

<sup>206</sup> Dinçmen, 90, 91.

<sup>207</sup> Öztürk, 263.

<sup>208</sup> Ünver, 37.

<sup>209</sup> Dinçmen, 94. “Beyza’nın Kadınları” adlı filmde de çift kişilik durumu içerisinde olan bir kişinin hikâyesi konu alınmıştır.



Epilepsi (halk arasında sar'a), eski çağlardan beri insanoğlu tarafından bilinmektedir. Sağlıklı görünen bazı kişilerin aniden yere yıkılarak bilinçsiz halde çarpınmaları sebebiyle bu çağlarda epilepsi hastalarına tanrılar tarafından cezalandırılmış veya içlerine kötü ruhlar girmiş kişiler gözüyle bakılmaktaydı. Epilepsinin incelenmesi ve tedavisi 1850'lerden günümüze kadar gelişimini sürdürmüştür. Eski çağlardan beri bilinen bir hastalık olan epilepsinin, adli tıp açısından önemi büyüktür. Mahkemelerce Adli Tıp Kurumu'na "epileptik" oldukları iddiası ile muayene ve gözlem amacı ile gönderilen sanıkların sayısında her geçen yıl artış kaydedilmektedir<sup>210</sup>.

Epilepsi veya diğer adıyla sar'a hastalığı, hastanın iradesi dışında şuurunun silinmesi ve nöbet şeklinde gelen felç hali ve hareket bozukluğu gibi durumlarda kendisini gösteren bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi bakımdan tanımlanacak olursa; beyindeki sinir hücrelerinin ani ve geçici işlev bozukluğundan kaynaklanan ve bilinç kaybı ile nöbetler halinde ortaya çıkan zihinsel işlev, hareket ve duyu bozukluğu anlamına gelir. Adli tıp bakımından epilepsi ise; beynin elektriksel fonksiyonlarındaki geçici bozukluğa bağlı olarak beliren, zaman zaman ani ataklar halinde gelen bilinç kaybı, anormal motor hareketler, duyu kusurları gibi bulgularla seyreden nörolojik tablo olarak tanımlanmaktadır<sup>211</sup>. Hastalığa ilişkin olarak, 1981'de Uluslararası Epilepsi Derneği'nin uluslararası sınıflaması kabul edilmiştir ve belli aralıklarla bu sınıflamada değişiklikler ve düzenlemeler yapılmaktadır<sup>212</sup>. Etiyolojiye<sup>213</sup> dayanan epilepsi sınıflandırmasına göre, "Primer (idiopatik)" ve "Sekonder (Semptomatik)" olmak üzere iki tür epilepsi vardır. Her birinin sebepleri farklıdır.

Epilepsi nöbetleri de bir sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Buna göre;

- a) Jeneralize (bilateral simetrik olan ve lokal başlamayan) Nöbetler
- b) Parsiyel (lokal olarak başlayan) Nöbetler
- c) Ünilateral Nöbetler
- d) Sınıflandırılmayan Nöbetler

---

<sup>210</sup> Cansunar, F.Nuray / Balcıoğlu, İbrahim, "Epilepsinin Ceza Ehliyeti Açısından Değerlendirilmesi", [http://www.yenisymposium.net/fulltext/1996/75\\_.pdf](http://www.yenisymposium.net/fulltext/1996/75_.pdf), 05.06.2009.

Kökrek, Zekeriya/Cansunar, F.Nuray/Ortaköylü, Levent/Balcıoğlu, İbrahim, "Epilepsi ve Suç", [http://www.med.sdu.edu.tr/tipdergisi/1996/3\\_4\\_96/3\\_96/kokrek.pdf](http://www.med.sdu.edu.tr/tipdergisi/1996/3_4_96/3_96/kokrek.pdf), 05.06.2009: "Epileptik olduğu iddia edilerek müşahede altına alınması istenen sanıkların sayısında her geçen yıl artış olmaktadır. 1991 yılında 9 olgu, 1992'de 9 oldu, 1993'te 15 olgu, 1994'te 21 olgu, 1995'te 23 olgu tespit edilmiştir."

<sup>211</sup> Yerli, 5.

<sup>212</sup> <http://www.hastane.com.tr/Saglik-Makalesi/epilepsi-ve-nobet-tipleri.html>, 25.06.2009.

<sup>213</sup> Etiyoloji: Hastalık etkenlerini inceleyen bilim dalı.

söz konusu olmaktadır<sup>214</sup>. Bu nöbet türlerinden de her birinin farklı sebepleri ve sonuçları bulunmaktadır. Dolayısıyla, kişinin geçirdiği nöbet türüne göre, kusur yeteneğinin durumu da değişebilecektir.

Genel bir klinik spektruma sahip bir hastalık olan epilepsinin psikiyatrik yönü çok önemlidir. Tüm hayat boyunca devam eden, tedavisi imkânsız, ancak sürekli, muntazam ve yeterli dozdaki ilaç tedavisi ve yaşam tarzının ölçülü olması ile kontrol altına alınabilen, bütün katı tedavi ve sınırlamalara rağmen yine de zaman zaman nöbetlerin ortaya çıkması ile süregelen epilepsi hastalığında, bazı olgularda, yılların geçmesi ile çabuk kızma, kolay parlama, olayları ters yorumlama, alınganlık, tolerans gösterememe, aşırı ve ölçsüz dinsel ritüellere bağnazca bağlanma, aşırı ve frenlenemeyen şehvet, lüzumsuz hızlı ve ayrıntılı konuşma, zekâ yıkımı, kaba, donuk bir yüz ifadesi gibi belirtilerle kendini gösteren özel bir kişilik yapısı oluşur. Fakat bu kişilik yapısının her epileptikte bulunduğu da söylenemez<sup>215</sup>.

Epilepsi hastalığı ile suç arasındaki ilişki, ilk olarak *Lombroso* tarafından ortaya koyulmuştur<sup>216</sup>. Bütün epileptiklerin suç işlediği söylenemezse de, suç işleyenler arasındaki epileptiklerin oranı da göz ardı edilemez<sup>217</sup>. Epileptiklerin, yukarıda tarif edilen kişilik yapıları ya da geçirmekte oldukları nöbetlerdeki “konfüzyon” halleri nedeniyle sıklıkla suç işledikleri görülmüştür. Epileptiklerin işledikleri suçların başında öldürme, yaralama, yangın çıkarma, hakaret, tehdit, ordudan firar, teşhircilik gelir<sup>218</sup>. Özellikle öldürme suçunun, epileptik karakterin bir sonucu olarak veya nöbet öncesi ve sonrası oluşan konfüzyon devreleri esnasında işlendiği tespit edilmiştir. Epileptik suçluların, bu suçları işlerken genellikle, bıçak ve balta kullandıkları, darbe sayısının çok olduğu, yine bu konfüzyon

---

<sup>214</sup> Cansunar/Balcıoğlu.

<sup>215</sup> Cansunar/Balcıoğlu.

<sup>216</sup> Lombroso, bir hekimdi. Cezaevlerinde, hastanelerde, kışlalarda bulunan şahıslar üzerinde incelemeler yapmış, bunlardan birçoklarını müşahede altında bulundurmuş, huylarını, hareketlerini, düşüncelerini, yaşayış tarzlarını, geçmişlerini araştırıp derinleştirmiş, cezaevlerinde ölen mahkumların cesetleri üzerinde otopsiler yapmış ve bütün bu uzun araştırma ve tecrübelerini “Suç İşleyen İnsan” adlı eserinde toplamıştır. Bu eserde öne çıkan düşünce, bazı kişilerin, suçlu olarak yaratıldıklarıdır. “Doğuştaki suçlu” adı verilen bu kişilerde bulunan birtakım anormallikler, onları, kendi iradeleri dışında kötülük yapmaya ve suç işlemeye sevk eder. Bu anormallikler, anatomik, biyolojik veya psikolojik olabilirler. İşte, akıl hastalıkları ve bunlar içindeki epilepsi de, psikolojik anormallikler arasındadır. (Taner, Tahir, “Ceza Hukuku Umumi Kısım”, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1953, 38 vd.)

<sup>217</sup> Cansunar/Balcıoğlu; *Ziyalar*’dan naklen: Ziyalar, Adnan, “Psikiyatrik Semioloji ve Medikal Psikoloji”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları 5, İstanbul, 1981, 310-312.

<sup>218</sup> Cansunar/Balcıoğlu; *Adasal ve Kamay*’dan naklen: Adasal, R., “Normal ve Anormal Yönleriyle Yeni Medikal Psikoloji”, Minnetoğlu Yayınları, Ankara 1976, 1035.

Kamay, B.T., “Adli Tıp”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara 1949, 341.

devrelerinde en yakınlarını öldürebildikleri, nöbetten açıldıktan sonra işlemiş oldukları suçü öğrenerek üzüntü duydukları, hatta intihar ettikleri görülmüştür<sup>219</sup>. Suçun ani işlenişı ve ortada bir sebebin bulunmaması, şiddet ve gazap halini gösteren delillerin bulunması, olayda epileptik bir etkenin olduğunu düşündürmelidir<sup>220</sup>.

Epileptik bir kişinin işlediğı suçları, suçun işlendiğı zamana ve bu zamanda kişinin, hastalığın hangi aşaması içerisinde bulunduğuna göre, beşe ayırarak incelemek mümkündür. Bu gruptandırma ve her bir gruba ilişkin olarak ceza ehliyetinin durumu, aşağıdaki gibidir<sup>221</sup>:

- a) Nöbet dışında işlenen suçlar: Bu suçlara ilişkin olarak, kişinin ceza ehliyeti tamdır.
- b) Epilepsi nöbeti sırasında, öncesinde veya sonrasında oluşan konfüzyon tablosu içerisinde işlenen suçlar: Bu suçlara karşı kişinin ceza ehliyeti yoktur (TCK m. 32/1).
- c) Epileptik karakter özellikleri ile ilgili olarak işlenen suçlar: Bu suçlara ilişkin olarak, azalmış da olsa kişinin ceza ehliyeti vardır (TCK m. 32/2).
- d) Epilepsi nöbeti sırasında işlenen suçlar: Bunlara örnek olarak, nöbet esnasında yere düşerken elindeki tabancanın patlaması ile sebebiyet verilen ölüm veya yaralama; araç kullanma esnasında nöbet geçirerek kazaya sebebiyet verme gibi durumlar gösterilebilir. İlk örnekte kişinin ceza ehliyeti yok ise de, ikinci örnek bakımından, kişinin, epilepsili olduğunu bile bile tehlike arz edecek şekilde araç kullanması halinde, ceza ehliyetinin varlığı kabul edilebilir.
- e) Epilpesi psikozu veya epilepsi demansı bulunan kişilerin işledikleri suçlar: Bu kişilerin ceza ehliyetleri yoktur. Bunlara, TCK m. 32/1 uygulanır<sup>222</sup>.

*Kökrek/Cansunar/Ortaköylü/Balcıoğlu*<sup>223</sup> tarafından yapılan bir çalışmada, yukarıda sayılan beş ayrı evrede işlenen suçlara ilişkin olarak, 1991-1995 yılları arasındaki 77 olgu üzerinden sayısal verilere yer verilmiştir. Buna göre; 31 olguda “Epilepsi” tanısı konmuş ancak epilepsi psikozu, demansı görülmediğı, epileptik karakter özelliğı taşımadığı, suçü nöbeti dışında işlediğı tespit edilerek ceza ehliyetinin tam olduğuna karar verilmiştir. 28 olguda, epileptik

<sup>219</sup> Cansunar/Balcıoğlu, Dinçmen’den naklen: Dinçmen, Kriton, “Adli Psikiyatri”, Birlik Yayınları, İstanbul 1984, 128.

<sup>220</sup> Cansunar/Balcıoğlu; *Ziyalar, Birgen, Karaduman ve Bilgili*’den naklen: Birgen, N., “Epileptik Kişilerin Suça Yatkınlığı”, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul 1986.

Karaduman, F., “Adli Tıp Açısından Epilepsiler”, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul 1990.

Bilgili, M., “Davranış Bozukluğu Gösteren ve Göstermeyen Epileptiklerde Suç-Yaş EEG İlişkilerinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul 1990.

<sup>221</sup> Cansunar/Balcıoğlu.

<sup>222</sup> Cansunar/Balcıoğlu; *Köknel*’den naklen: Köknel, Ö., “Genel ve Klinik Psikiyatri”, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 1989, 206-214.

<sup>223</sup> [http://www.med.sdu.edu.tr/tipdergisi/1996/3\\_4\\_96/3\\_96kokrek.pdf](http://www.med.sdu.edu.tr/tipdergisi/1996/3_4_96/3_96kokrek.pdf), 05.06.2009.

karakter özellikleri tespit edilmiş; kişinin tahriklere karşı hiddetini frenleyememesi, aşırı, ölçüsüz, şiddetli reaksiyon vermesinin tıbben beklenmesi nedeni ile ceza ehliyetinin tam olmadığına karar verilerek, 765 s. TCK'nun 47. maddesine uyduğu belirtilmiştir. 16 olguda, suçun, epilepsi nöbeti sırasında veya nöbet öncesi ve sonrası oluşan konfüzyon devresinde işlendiği tespit edilmiştir. 2 olguda ise, epilepsi psikozu tespit edilerek ceza ehliyetinin olmadığı mütalaasına varılmıştır. Görüldüğü gibi, epileptiklerin, geçirdikleri nöbetler sırasında işledikleri suçlar çok azdır. Epileptiklerin işledikleri suçların büyük kısmı, genellikle nöbet sonrası, daha az olarak da nöbet öncesi ortaya çıkan bilinç bulanıklığı sırasında gerçekleşir<sup>224</sup>.

*Kökrek/Cansunar/Ortaköylü/Balcıoğlu* tarafından yapılan söz konusu çalışmada, 1991-1995 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'ne gönderilerek, işledikleri suçlara karşı ceza ehliyeti olup olmadığı sorulan; muayene, müşahade ve tetkikleri sonucunda epilepsi tanısı almış olan 77 olgu üzerinden birtakım sayısal verilere ulaşılmıştır. Söz konusu çalışma, bu olgularda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, iş durumu, işledikleri suç türleri, bu suçların işleniş şekilleri, bu suçlardaki mağdurlar gibi konularda da oldukça aydınlatıcı bilgiler vermektedir. Bu bilgiler, beş yıllık bir periyotta ülkemizde suç işleyen epilepsi hastalarının genel profili hakkında fikir edinilmesine yardımcı olmaktadır<sup>225</sup>.

---

<sup>224</sup> Özkan/Hakeri, 6.

<sup>225</sup> İşledikleri iddia olunan suçlara karşı ceza ehliyeti olup olmadığı sorulan 'Epilepsi' tanısı konmuş 77 olgudan 74'ü erkek, 32ü kadındır. En çok olgu 21-30 yaş grubunda (34 olgu) görülmüştür. Suç türleri incelendiğinde, adam öldürme ve adam öldürmeye teşebbüs suçunun ilk sırayı aldığı (66 olgu), 4 olgu ile ırza geçme, 3 olgu ile gasp, 2 olgu ile dikkatsizlik ve tedbirsizlik nedeniyle ölüme sebebiyet, 1 olgu ile araba hırsızlığı, 1 olgu ile resmi evrakta sahtekârlık suçlarının izlediği tespit edilmiştir. Adam öldürme ve adam öldürmeye teşebbüs suçlarından sanık toplam 66 olguya ait dosya incelendiğinde, olayda kullanılan suç aletinin, 40 olguda bıçak, 11 olguda ateşli silah, 7 olguda balta, 3 olguda sopa, 2 olguda eşarp, ip, 1 olguda şiş olduğu görülmüş, bu aletler mağdur üzerinde ika edilen darbe sayısının çok olduğu tespit edilmiştir. Bir olguda ölenin vücudunda 21 adet kesici-delici alet yarası, bir olguda ise 15 adet kesici-delici alet yarası tespit edilmiştir. Mağdurların, sanıklara olan yakınlıkları incelendiğinde, mağdurların %60.60'nın yakın akraba (anne, baba, kardeş, eş, kayınvalide, kayınpeder, vb.) oldukları, %30.30'unun arkadaş veya komşu olduğu, %6.60'nın ise tanınmayan bir kimse olduğu ortaya çıkmıştır. Epileptiklerde, olgusuna göre değişiklik gösterir şekilde hafif ya da ciddi boyutlarda zekâ geriliği görülür. 77 olgudan, %26'sının okur-yazar olmadığı, %50'sinin ise ilkokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu olgularda, işsizlik ya da iş seçiminde epilepsiyle ilgili zorunlu sınırlamalar ve düşük iş ve evlilik oranı görülmektedir. 77 olgu içerisindeki bekârların oranı %53'tür. Epileptikler tarafından işlenen suçların önemli özelliği, darbe sayısının fazla olmasıdır. Ayrıca, epileptiklerin işledikleri suçların başında adam öldürme, yaralama, ırza geçme, hakaret, tehdit, firar, teşhircilik gelmektedir. Karakterleri icabı çabuk hiddetlenmeleri, en ufak ve sebepsiz tartışmaları adam yaralamaya hatta öldürmeye kadar götürdükleri görülmüştür. Epileptiklerin işledikleri suçlarda genellikle taammüd görülmemektedir. Fevri olarak işlenen suçlarda silahlar, önceden planlanan araçlar, örneğin tabanca değil de, şahsın öfke anında yakın çevresinde ele geçirdiği bıçak, balta, sopa vb. aletlerdir. Epilepsi hastalığının suç esnasında ceza ehliyetini ne şekilde etkilediği, her olgu için ayrı ayrı gözden geçirilerek irdelenmiştir.

Yargıtay, epilepsi hastalığını, beyin zarında oluşan elektrik akımından kaynaklanan sinir hastalığı, yani süreklilik arz eden ve 5237 s. Kanununun 32. maddesi kapsamında dikkate alınması gereken bir akıl hastalığı olarak kabul etmiştir<sup>226</sup>.

### 2.5.2 Kleptomani

Kleptomani, psikolojik nedenlere bağlı olarak, içten gelen ani bir dürtüyle, kişinin kendisine ait olmayan bir şeyi çalması olayıdır<sup>227</sup>. Bir diğer tanıma göre ise kleptomani, kullanma ve kazanma amacı olmaksızın yapılan, karşı konulmaz bir çalma dürtüsüdür<sup>228</sup>.

Kleptoman kişi, önce gördüğü ve sahip olmak istediği objenin büyük heyecanını yaşar. Bunu, görülme ve yakalanma korkusunun heyecanı izler. İsteddiği şeyi alıp uzaklaşınca birden terleme, gevşeme, rahatlama duyar. Sonra da pişman olur. Eylem öncesi gerginlik, eylem sonrası da rahatlama ve hatta özellikle seksüel patoloji ile ilgili kleptomanide, çalma anında orgazm yaşandığı görülmektedir. Kleptomanide ruhsal melekeler ve sosyal kontrol, çalma isteği karşısında ezilir, yok olur; ahlaki kontrol ve akli karşı koymalar bu ağır baskıya direnemez. Kleptomani, neredeyse her zaman kadınlarda görülür<sup>229</sup>.

Kleptoman kişinin çaldığı şey, ille de kıymetli bir süs eşyası, mücevher, vb. değerli bir şey olmayabilir. Kleptomanın çaldığı şey, o anda onu çeken, elinde tutmak, saklamak, sahip olmak istediği bir şeydir. Kişi, alması daha kolay ve çok daha değerli şeyleri çalma olanağına sahip olsa dahi, değerli şeyleri değil, dürtülerinin yöneldiği şeyi çalar<sup>230</sup>. Kleptoman, birkaç deneme ile yetinmez, çalma eylemini alışkanlık haline getirir. Öğüt, ceza ya da şiddet ile sonuç alınmaz, tedavi edilmesi gerekir<sup>231</sup>.

Adli Tıp Kurumu'nun uygulamasına göre, kleptomani hastalığının ceza sorumluluğuna etkisi yoktur<sup>232</sup>. Fakat bu şekilde genel bir kaniya varılması doğru değildir. Olayın özelliklerine ve işlenen suç tipine göre, bir kleptomanın kusur yeteneği de değişkenlik gösterecektir.

---

<sup>226</sup> Şen, 115: **Y. 1. CD, 21.07.2005, 152/2283**. Ayrıca bkz. **Y. 1. CD, 01.02.2006, 4756/62** (Malkoç, 268): “Doktor raporları ile epilepsi hastası olduğu anlaşılan sanığın işlediği fiilin (öldürme) hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltıp-azaltmadığı hususunda 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi uyarınca Adli Tıp Kurumundan rapor alınarak sonucuna göre aynı yasanın 32. ve 57. maddeleri uyarınca hukuki durumunun yeniden değerlendirilmesinde zorunluluk bulunması..”

<sup>227</sup> Apaçık, 64. (Erem, Adalet Psikolojisi, 148.)

<sup>228</sup> Kuyu, 93.

<sup>229</sup> Kuyu, 93.

<sup>230</sup> Ünver, 40.

<sup>231</sup> Erem, Faruk, “Adalet Psikolojisi”, İstanbul 1988, 91.

<sup>232</sup> Apaçık, 64.

### 2.5.3 Piromani

Küçük yaşlarda gelişen bu tutku, kişinin sebepsiz ve amaçsız olarak, içten gelen karşı konulamaz bir dürtü ile yangın çıkarması şeklinde gelişir. Birçok kendini tutamama hallerinde olduğu gibi burada da, fiil öncesinde kişide gerginlik oluşur, sonrasında ise rahatlama ve gevşeme söz konusu olur. Kişi, yangını çıkardıktan sonra alevleri seyrederek. Yangında olası can veya mal kaybı, kişiyi rahatsız etmez<sup>233</sup>.

Kleptomaniden farklı olarak, piromanide kişi, önceden hazırlık yapar, fiili tasarlar<sup>234</sup>.

Psikopat ve histerik kimselerin yangından hoşlandığı, bunun yanında melankoli, epilepsi, yaşlılık bunması veya zekâ geriliği bulunan kişilerde de yangın çıkarma hususunda bir iç zorlamanın bulunabileceği ifade edilmektedir<sup>235</sup>. Piromanların, yangın çıkarmak suretiyle, hayattaki tüm kötülükleri yakarak ortadan kaldırdıklarına inandıkları da söylenir.

## 3. Akıl Hastalığı Kapsamında Olup Olmadığı Tartışmalı Olan Durumlar

### 3.1 İhtiras

İhtiras, kelime anlamı olarak, aşırı, güçlü istek olarak tanımlanır<sup>236</sup>. İhtiras, dış dünyanın yalnızca belirli bir noktasını aydınlatan ve diğer noktalarını karanlıkta bırakarak, kişideki ruhsal yeteneklerin, belirli bir yönden ayrılmasına engel olan haldir. İhtiras, kişideki muhakeme yeteneğine etki eder, onu idare eder ve istediği yöne sürükleyerek, kişinin mantıksız hükümlere varmasına yol açar<sup>237</sup>. İhtiras, 765 s. TCK'da da, 5237 s. TCK'da da düzenlenmiş değildir. “Akıl hastalığı” tabiri kullanılarak, “ihtiras”, bu kavramın dışında bırakılmıştır. İhtiras halleri, ne kadar şiddetli olursa olsunlar, akıl hastalığının bir türü sayılarak kusur yeteneğini etkiledikleri söylenemez. Aslında birçok suçun saiki, kin, intikam, hırs gibi ihtiraslar ibarettir. Fakat normal olan her kişi, ihtiraslarına karşı koymak zorundadır<sup>238</sup>. Genellikle kabul gören görüşe göre ise, ihtirasın giderek “fikri sabit” haline varması durumunda, kusur yeteneğine etkisinin olabileceği, fakat bu halde de tek başına

---

<sup>233</sup> Kuyu, 93.

<sup>234</sup> Ünver, 42 (Arkonaç, “Psikiyatrik Semptomlar ve Sendromlar”, 425).

<sup>235</sup> Ünver, 42.

<sup>236</sup> Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Kurumu, Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük.

<sup>237</sup> Ünver, 155. (Erem, Faruk, “Adalet Psikolojisi Bakımından Heyecanlar ve İhtiraslar, AÜHFD, Ankara 1945, C:II, Sayı: 4, 74)

<sup>238</sup> Dönmezer/Erman, C:II, 174.

ihtirasin değil, bu ihtirasın yol açtığı akıl hastalığının kusur yeteneğine etki ettiği ileri sürülmektedir. Nitekim, *Dönmezer-Erman*'ın atıfta bulunduğu bir İtalyan Yargıtay kararında, bir ihtiras olup hastalık olmayan basit kıskançlık nedeniyle değil de, sabit fikir halini alan kıskançlık cinneti (delirium) halinde işlenen adam öldürme suçunda akıl hastalığının kabulü yerinde bulunmuştur<sup>239</sup>.

En fazla rastlanan sabit fikir, intihar sabit fikridir. Bir diğer sabit fikir ise, “öldürmek sabit fikri”dir. Böyle bir sabit fikre sahip kişiler, çoğunlukla, etraflarındaki kişileri bu durumdan haberdar ederler ve hatta ellerinden silahlarının alınmasını isterler. Çoğu zaman, sabit fikrin telkin ettiği suçu işleyemeseler de, ruhi çöküntü halleri, kimi zaman da keyif verici maddelerin etkisi ile fikirden harekete doğru geçebilirler<sup>240</sup>.

### 3.2 Tahrik

Tahrik, kişinin içinde bulunduğu, şiddetli öfke ve elem içeren psikolojik bir durumdur. Tahrikin haksız olması durumu, TCK m. 29'da, cezayı hafifletici bir sebep olarak düzenlenmiş bulunmaktadır. Bu durum, psikolojik bir haldir ve kişinin suç işlemesine neden olacak derecede olmalıdır.

Aklıl hastalığı ve tahrik, farklı kavramlardır. Tahrik durumu içerisinde bulunan her kişiye akıl hastalığına ilişkin hükümlerin uygulanması gerekmez, böyle bir sonuca varılamaz. Yargıtay Ceza Genel Kurulu, bir kararında bu durumu “*Sanık, bu savunmasında yer alan ‘Ben artık kendimi kaybettim, şuurumu kaybetmişim’ yolundaki beyanı ile, mağdurun hem sürüsünü tarlasına sokarak zarar vermesinden, hem de sorusuna ters cevap vermesinden kaynaklanan ‘gazap’ ve ‘hiddet’ ile suçu işlediğini ifade etmeye çalışmıştır...İncelenen dosyada sanığın, suçu işlemeyen önce veya işlediği sırada akli haletinin bozuk olduğunu gösterir en küçük bir bulgu bulunmadığı gibi, kuşkulu bir hali de saptanamamıştır. Bu durum karşısında, Yerel Mahkemeden, CMUK.nun 74. maddesine dayanarak sanığın şuurunun incelettilmesi cihetine gidilmesi istenemez*” şeklinde ifade etmiştir<sup>241</sup>.

Bir olayda akıl hastalığı ve tahrik bir arada bulunabilir. TCK m. 32/1 anlamındaki akıl hastalığı bakımından, tahrik hükümlerinin uygulanması mümkün görünmemektedir. Zira bu kişilerin ceza sorumlulukları bulunmadığından, cezada indirim nedeni olan haksız tahrikin bu kişilerin fiillerine uygulanması olanağı yoktur. Ayrıca bu durumdaki kişilerin, kendilerine

<sup>239</sup> Dönmezer/Erman, C:II, 174, dn. 109.

<sup>240</sup> Apaçık, 91.

<sup>241</sup> Ünver, 156: Y. CGK., 02.04.1984.

yönelen normal bir hareketi tahrik olarak değerlendirmeleri söz konusu olabileceği gibi, aslında tahrik olabilecek bir durumu ise normal karşılımları da söz konusu olabilir. TCK m. 32/2 anlamındaki akıl hastalığı bakımından ise, haksız bir tahrikin etkisi ile suç işlenmesi halinde, hem TCK m. 32/2'nin, hem de TCK m. 29'un uygulanması mümkündür. Bu tür akıl hastalarının tahrike çok müsait yapıda olabildiklerinin kabulü dahi, bunlara haksız tahrik hükmünün uygulanmasını engellemez.

### 3.3 Taammüd

Bilindiği gibi taammüd, kastın yoğunlaşmış halidir. Taammüd ise, TCK'da haksız tahrikin aksine, cezayı ağırlatıcı bir sebep olarak düzenlenmiştir. Taammüd ile akıl hastalığının bir arada bulunması da mümkündür. Böyle bir durumda nasıl bir uygulama yapılacağı, doktrinde tartışmalıdır. Yine, TCK m. 32/1 kapsamındaki akıl hastalığı bakımından problem yoktur<sup>242</sup>. Fakat TCK m.32/2 kapsamındaki akıl hastalığı hususunda yapılması gereken uygulama konusu, tartışmalıdır. Bu konuda temel olarak iki görüş mevcuttur. Birinci görüşe göre ki bu görüşe, Yargıtay da iştirak eder<sup>243</sup>, taammüd ile TCK m.32/2'deki akıl hastalığı birleşebilir, somut bir olayda her ikisi de uygulanabilir. Bu görüşe göre, kısmi akıl hastalığı kastı kaldırmadığına göre, kastın yoğunlaşmış şekli olan taammüdü de kaldırmamalıdır. Buna örnek olarak da, şizofreni hastalarının taammüden işledikleri ağır suçlar bulunması durumunu gösterirler. Diğer görüşe göre ise, kısmi akıl hastalığı ve taammüd, bir arada bulunması mümkün olmayan iki kavramdır. Bu ikinci görüşü savunan fikirler, üç grupta toplanabilir<sup>244</sup>: Birinci gruba göre, hiçbir türdeki akıl hastalığında, taammüdün bulunabilmesi kabul edilemez. Zira taammüd için, akıl hastasında bulunandan çok daha derin ve esaslı bazı psikolojik unsurlara ihtiyaç vardır. İkinci gruba göre, bilinç ve iradesi önemli ölçüde azalmış olan akıl hastası için, kastın bir türü olan taammüdün kabulü, psikolojik bakımdan bir çelişki teşkil eder. Üçüncü gruba göre ise, taammüdün kabul edilmiş sebebi, suç kararı ile suçun icrası arasındaki sürede kişinin kendisini denetleyebilmesi ve fiili icradan vazgeçebilme olanağına sahip olmasıdır. Akıl hastası kişide bu denetim duygusu önemli ölçüde azalmıştır.

<sup>242</sup> Y. 1. CD, 09.12.1986, 3765/4489 (Ünver, 157):

<sup>243</sup> Ünver, age, sf. 157: Y. 1. CD, 09.12.1986, 3765/4489 (YKD. 1987, sy. 7, 1080): "Ceza ehliyeti tam olmayan ve hakkında TCK.nun 47. maddesinin uygulanması gereken sanığın akli durumu itibariyle taammüden adam öldürmeye muktedir olup olmadığına dair Adli Tıp'ın ilgili ihtisas kurulundan mütalaa alındıktan sonra suç vasfının, tayini gerekirken eksik incelemeye müsteniden yazılı şekilde karar verilmesi, yasaya aykırıdır."

<sup>244</sup> Ünver, age, sf. 158 (Erem, "Adalet Psikolojisi", 161).



### 3.4 Canavarca His

Canavarca his, 5237 s. TCK m. 82/1-b'de, kasten öldürme suçunun nitelikli hallerinden biri olarak düzenlenmiştir. Canavarca his, 765 s. TCK m. 450/3'te de cezayı ağırlatıcı sebep olarak düzenlenmişti ve bu kanundaki düzenlemenin, mehaz kanundan farklı olduğu yönünde düşünceler vardı. Zira mehaz kanunda münhasıran canavarca hisle işlenen öldürme fiilinde cezanın ağırlaştırılması mevzubahistir. Oysa ki ne 765 s. TCK'da, ne de 5237 s. TCK'da durum böyledir; kanunlarımızda “münhasıran” şeklinde bir ibare bulunmamaktadır. Bu durumda, TCK m. 32/2 anlamındaki akıl hastalığı ile canavarca his bir arada bulunabilir mi? Bulunabilirse nasıl bir uygulama yapılacaktır? Kanunun yorumlanması bakımından, canavarca histen dolayı cezada artırım ile akıl hastalığından ötürü cezada indirim bir arada uygulanabilecektir. Fakat, psikolojik açıdan bakıldığında, birçok akıl hastalığının temelinde “canavarca” denilen vb. hisler mevcut olduğundan, bu iki kavramın bir arada uygulanması yerinde olmayacaktır<sup>245</sup>.

### 3.5 Antisosyal Kişilik Bozukluğu (Psikopati)

Psikopati, sosyopati ve topluma karşı kişilik bozukluğu olarak da adlandırılan antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler, sık sık suç sayılan davranışlar gösterirler. Kavgacılık, saldırganlık, dürtüsellik, sahtecilik, hırsızlık, yalancılık, toplumsal yaşamda ve aile yaşamında sorumsuzluk, acımasızlık gibi özellikler söz konusudur. Antisosyal kişilik bozukluğu gösteren kimseler, sürekli ve tutarlı ilişki kuramazlar. Zeki ve yetenekli olsalar dahi, bir işte uzun süre kalamazlar. Bu hızlı ve uçarı yaşam, orta yaşlarda duraklar, ancak bencillik ve sorumsuzluk devam eder. Tedavisi mümkün olmadığı iddia edilen antisosyal kişilik bozukluğu, akıl hastalığı olarak kabul edilmemektedir. Ayrıca bunun yanı sıra, yetersiz kişilik, şizoid kişilik, paranoid kişilik, affektif (siklotomatik) kişilik, apsis-agresif kişilik, obsesif-kompulsif kişilik, histerik kişilik gibi diğer kişilik bozuklukları da kural olarak, akıl hastalığı olarak değerlendirilmemektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu bulunan kişilerin ceza ehliyetleri tamdır. Dolayısıyla bu kişilere güvenlik tedbiri uygulanmaz; hapis cezası verilir. Fakat bu kişiler için normal cezaevlerinin de uygun olmayacağı ortadadır zira diğer tutuklu ve hükümlüler açısından tehlike oluşturabilir ve onları çeşitli suçlara da teşvik edebilirler. Bu kişiler için, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanlarının bulunduğu özel bir hastane-cezaevi modeli önerilmektedir<sup>246</sup>.

<sup>245</sup> Apaçık, 93. (Erem, “Adalet Psikolojisi”, 161.)

<sup>246</sup> Özkan/Hakeri, 10.

Bu, Alman Ceza Kanunu'nun 66. maddesinde düzenlenmiş bulunan<sup>247</sup>, “güvenlik altında tutma” tedbirine ve bu tedbirin uygulandığı sosyal terapi kurumlarını hatırlatan bir öneridir. Sosyal terapi kurumlarına benzeyen psikopat kurumları da vardır. Psikopatlar, akıl hastası olmamakla birlikte, normalden ayrı hareket eden kimseler oldukları genel olarak kabul edilen kişilerdir. Bu kişilerin tedavi edilmelerinin mümkün olup olmadığı, tartışmalıdır. Yukarıda da ifade edildiği gibi, çoğunlukla, bu tür kişilerin tedavisinin mümkün olmadığı düşünülmektedir. Buna karşılık, diğer bir düşünceye göre ise, psikopat kavramı reddedilmelidir zira “pati” sözcüğü, bir hastalık ifadesidir. Psikopatlar ise, uyumsuz veya kötü intibak etmiş anormallerdir. Bu sebeple, onlara uyumsuz kişiler denmesi daha uygundur<sup>248</sup>.

Psikopatlara verilen cezanın infaz edildiği ceza infaz kurumlarında, bu kişiler rahat durmadıkları, isyan ettikleri, resmi makamlara sürekli ve yersiz şekilde şikâyetlerde buldukları için, haklarında devamlı disiplin cezaları uygulanmaktadır. Bu kişilere ayrı bir yer verilmesi, tıbbi-psikiyatrik donanımlı personel sağlanması ve çeşitli etkinliklere yönlendirilmeleri, hem kendileri hem de diğer kişiler için daha sağlıklıdır. Bu uygulama, Almanya'da mevcut olmamakla birlikte, Kuzey ülkeleri ve Belçika'da denenmektedir. Belçika'daki *Audenarde* cezaevinde denenmiş olan bu uygulama, olumlu sonuçlar vermiştir. Bu olumlu sonucun sebepleri ise şu şekilde açıklanmaktadır: Personel, psikiyatrik anlamda eğitilmiş olduğundan, görevini iyi yapmakta, bu kişilerle başa çıkabilmektedir. Ayrıca, normal ceza infaz kurumlarındaki hükümlülerin arasında, bu kişilerin davranışları göze batar ve alaya alınırken, kendilerine özgü kurumlarda herkes aynı durumda olduğundan rahat etmektedirler. Son olarak, diğer infaz kurumları da, bu kişilerin ayrı bir kuruma konulmasından dolayı rahat etmektedir<sup>249</sup>. Psikopat kurumu, nihayetinde yine bir cezaevidir, hastane değildir. Bu kurumları, normal cezaevlerinden ayıran nokta, psikiyatrik bir anlayışın egemen olmasıdır.

5275 s. CGTİK' m. 18/1'de, yukarıda anlatılanlara paralel bir düzenleme bulunmaktadır. “Akıl hastalığı dışında ruhsal rahatsızlığı olan hükümlülerin cezalarının infazı” başlığını taşıyan maddenin birinci fıkrasındaki düzenlemeye göre, *“Hapsedilme ve diğer nedenlerden kaynaklanan akıl hastalığı dışında rahatsızlıkları bulunup da ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde tutulmaları gerekli görülmeyerek infaz kurumlarına geri gönderilenlerin*

---

<sup>247</sup> Yenisey, Feridun/Plagemann, Gottfried, “Alman Ceza Kanunu/Strafgesetzbuch”, Beta Yayınları, İstanbul 2009, 68 vd.

<sup>248</sup> Demirbaş, Timur, “Güvenlik Altında Tutma ve Sosyal Terapi Kurumları”, Uğur Alacakaptan'a Armağan, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2008, C:1, 209 vd.

<sup>249</sup> Demirbaş, 209 vd.

*cezaları, belirlenen infaz kurumlarının mahsus bölümlerinde infaz edilir.” Söz konusu düzenleme yerinde olmakla birlikte, uygulamada bu yönde bir çalışma bulunmamaktadır.*

### **3.6 Hipnotik Telkinler**

Hipnotik telkinlerde, bir kişinin uyku veya uyuşukluk haline sokularak, ona birtakım hareketlerin yaptırılması söz konusu olmaktadır. Bazı yazarlar, hipnotik telkinler altında kalanların, kendi kişiliklerine uygun olmayan telkinlere karşı koyabileceklerini, hatta bu etkiler fazla şiddetli olduğu takdirde, sözü geçen karşı koyma yüzünden, histeri krizleri geçirebileceklerini iddia ederlerse de, bu konu her zaman tartışmalı olmuştur<sup>250</sup>.

Hipnotizmayı, küçük hipnotizma ve büyük hipnotizma olmak üzere bir ayrıma tabi tutanlar olmuştur. Bu ayrıma göre, küçük hipnotizmada, sadece uyuşukluk ve göz kapaklarında ağırlık söz konusu iken, büyük hipnotizmada birbirinden farklı üç halden söz edilir. Bu hallerden birincisinde, hissizlik ve hareketsizlik ortaya çıkar. İkincisinde, failin göz kapaklarında oluşan ağırlık, akli hissizlikle birlikte uykuya dönüşür. Üçüncü halde ise, kişinin beyni üzerinde oluşan baskı, onu mutlak bir otomatizm içine sokar. Bu son halde, kişinin adeta uyku ve uyanıklık olmak üzere iki ayrı hayatı vardır ki buna “şahsiyetin ikileşmesi” adı da verilir. Burada kişinin, uyku halinde bulunduğu hayatı ile uyanık halde bulunduğu hayatı arasında hiçbir bağlantı yoktur. Kişi, uyanık bulunduğu anlarda, uyku halindeyken yaptığı fiilleri hatırlamaz<sup>251</sup>.

Hipnotizmanın ceza hukuku yönünden önemi, hipnotize edilen kişiye bir suç işletilmesidir. Eğer fail, kusuru olmaksızın bu durum içine sokulmuşsa, kendisine yaptırılan hareket bakımından sorumluluğu yoktur. Fakat hipnotizmayı yapan kişi, iştirak kuralları çerçevesinde cezalandırılır. Failin kendi isteği ile ve bir suç işlemek amacıyla kendini hipnotik telkinlere maruz bırakması durumunda, ALIC kuralı gereğince, sorumluluğu söz konusu olacaktır. Buna karşılık, eğer bir kişi, tedbirsiz şekilde veya kendisine güvenerek hipnoz oluyorsa, örneğin, bir gösteride gönüllü olarak hipnoz olmuşsa ve bunun etkisinden kurtulmadan aracı ile evine dönerken bir yayaya çarpmışsa, taksir kuralları gereğince sorumlu olacaktır<sup>252</sup>.

Hipnotik telkinlere ilişkin birçok husus, zaman içerisinde tartışılmıştır. Hipnotizmanın nasıl bir hal oluşu, herkes üzerinde hipnotizma oluşturulup oluşturulamayacağı, hipnotizmadaki

---

<sup>250</sup> Dönmezer/Erman, C:II, 172.

<sup>251</sup> Şensoy, 174.

<sup>252</sup> Demirbaş, 319.

telkinin rolü, bu şekilde yapay olarak uyutulan kişinin, kendisine verilen telkin üzerine işlediği suçtan dolayı sorumlu tutulup tutulamayacağı gibi noktalar üzerinde tartışmalar olmuştur ve bunlara, muhtelif okulların yaklaşımı farklı olmuştur.

*Paris mektebine göre*, hipnotizma, patolojik bir haldir. Hipnotizmada telkinin etkisi vardır fakat bu hal içerisindeyken işlenen suçun tek sebebi telkin olamaz. Zira uyutulan kişi, kendisine telkin edilen şeyi, onu istediği oranda uygular. Kişi, yapılması istenen hareketi kafasında ölçer ve onu uygulamak mı yoksa ona direnmek mi gerektiğini kendisi takdir eder. Dolayısıyla da kişi, hipnotizma durumu içerisinde iken aldığı telkin üzerine işlediği bir suçtan dolayı sorumludur.

*Nancy mektebine göre*, hipnotizma, bir patolojik hal, bir nevroz değil, aksine fizyolojik bir uyku halidir. Hipnotizma, sadece histerikler üzerinde değil, sağlıklı kişiler üzerinde de oluşturulabilir. Kişi, hipnotik telkinlere başlangıçta direnmek istese de, telkinlerin birkaç defa tekrar edilmesi ile telkin edilen şeyi yapar. Bu sebeple de, uyutulan kişinin bu halde iken işlediği suçtan dolayı sorumluluğu söz konusu olamaz.

*Son bir görüşe göre ise*, telkinin herkes üzerinde aynı etkiyi bıraktığı söylenemez. Genellikle, yapay olarak uyutulan kişiler telkinlere karşı direnç gösterirler fakat yapıları suç işlemeye meyilli olan kişilerde aynı direnç görülmeyebilir. Telkinlere direnmeyen bu tür kişilerin işledikleri suçlardan sorumluluğu olmalı iken, diğerlerinin sorumluluğu olmamalıdır<sup>253</sup>.

Görüldüğü gibi burada, adeta kusur yeteneğini ortadan kaldıran yapay olarak oluşturulmuş bir hal vardır diyebiliriz. Kişi, hipnotizmanın etkisi altında bulunduğu sırada, kusur yeteneği yoktur ve bu durum bilinçli olarak yaratılmaktadır. Burada, duruma göre, akıl hastalığına ilişkin hükümlerinin uygulanması mümkündür fakat kanaatimizce bunun, TCK m. 34/1'den atıfla olması gerekir. Zira yaratılan hipnotizma durumu, "geçici neden"dir. Dolayısıyla bu gibi olaylarda, TCK m. 34 dolayısıyla TCK m. 32 uygulanmalıdır. Fakat bize göre, hipnotizma doğrudan doğruya akıl hastalığı olduğu kabul edilemez; geçici bir nedenden ötürü kusur yeteneğinin ortadan kalkmasıdır.

### **3.7 Uyurgezerlik**

Uyurgezerlik de, akıl hastalığı kapsamında değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışmalı olan durumlardandır. Patolojik bir hal olan uyurgezerlik, çoğunlukla, akıl hastalığı olarak kabul edilir. Uyurgezerliğin, bir tür akıl hastalığı olduğu ve kusur yeteneğine etki derecesine

---

<sup>253</sup> Şensoy, 174 vd.

göre, diğer akıl hastalıklarının tabii olduğu rejime bağlı olması gerektiği söylenmektedir. Ancak, uyurgezer olduğunu bilmesine rağmen uyumadan evvel gerekli tedbirleri almayan (örneğin uyurgezer olduğunu bilen bir kişinin, bu halinin başkaları için zararlı olabileceğini bilmesine rağmen yatağının yakınında dolu bir tabanca bulundurması<sup>254</sup>) ve uyurgezer halde iken suç işleyen bir kişi bakımından taksirli bir sorumluluğun söz konusu olacağı, bu konuda kabul gören görüştür<sup>255</sup>. Bu durumda işlenen suç, taksirle işlenebilen bir suç ise, kişi cezalandırılmalıdır.

Bir görüşe göre, uyurgezerlik, “tabii uyurgezerlik” ve “suni uyurgezerlik” şeklinde ikiye ayrılmakta ve “suni uyurgezerlik” kapsamına, yukarıda açıklanmış bulunan “hipnotik telkinler” girmektedir. Gerçekten de, hipnoz durumunda, yapay olarak oluşturulmuş bir uyku ve uyuşukluk durumu söz konusudur. Bu duruma ilişkin açıklamalar yukarıda yapıldığı için, burada kısaca doğal uyurgezerlik halinden bahsedilecektir. Doğal uyurgezerlikte, normal insanlarda uyanıklık halinde iken faaliyette olan hayat fonksiyonlarının, uyku halindeyken de faaliyette olması söz konusudur<sup>256</sup>. Uyurgezer kişi, uyuduğu zaman, bir başkasının etkisi ya da telkini ile olmaksızın, hareket eder, yer, içer, konuşur, rüyaları hareket haline getirerek, onları fiilen uygular. Yukarıda da belirtildiği gibi, uyurgezerin, uyku esnasında işlediği fiillerden dolayı sorumluluğu kabul edilemez. Zira bu esnada kişinin kusur yeteneği yoktur. Fakat pek de kabul görmemiş bulunan aksi görüşe göre ise, eğer bir kişi uyanık iken suçu düşünmemiş olsaydı, uyurken bu suçu işlemezdi; dolayısıyla uyku halinde iken işlediği fiilden kişi sorumlu olmalıdır.

### **3.8 Yığın Psikolojisi**

Yığın psikolojisi, elbette ki bir akıl hastalığı değil, “geçici neden”dir (TCK m. 34). Ancak Almanya, Avusturya ve İsviçre gibi birtakım ülkelerin Ceza Kanunlarında, geçici neden şeklinde ayrı bir düzenleme bulunmadığından, geçici neden kapsamına girecek durumlar, akıl hastalığına ilişkin hükümlerin kapsamına sokulmakta ve bu şekilde çözülmektedir.

Yığın psikolojisinde, failer arasında önceden yapılmış bir anlaşma veya iştirak iradesi bulunmamasına rağmen, aynı hareketi yaparlar. Yığın içerisinde suç hareketi yapan insan, çocukça bir gelişim aşaması üzerine harekete geçer. Bütün yığın içinde bulunan bireyler, kendilerine hakaret edilmiş veya tahrikte bulunmuş gibi, diğerleri ile benzer bir ruh hali içine girerler. Bazı durumlarda, yığındaki bireylerin içine girdiği bu ruh halinden

---

<sup>254</sup> Şensoy, 173.

<sup>255</sup> Dönmezer/Erman, C:II, 171, Demirbaş, 319.

<sup>256</sup> Şensoy, 172. (Yazara göre, uyurgezerlik, kanunda akıl hastalığı başlığı altında ayrıca düzenlenmelidir.)

yararlanmak isteyen ve onları istediği şekilde yönlendiren liderler söz konusu olmaktadır. Burada, sorumluluk bakımından, yığını yönetenler ile yığın içinde bulunanlar arasında ayrıma gitmek gerekir. Yığını suça azmettiren ve yöneten kişiler, azmettirmeden sorumlu olacakken, yığın içindeki kişilerin kusur yeteneğinin, yığın psikolojisi nedeniyle önemli ölçüde azaldığı kabul edilerek TCK m. 32/2 uygulamasına gidilmelidir<sup>257</sup>.

---

<sup>257</sup> Dönmezer/Erman, C:II, 891; Demirbaş, 324, 325.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### CEZA VE CEZA MUHAKEMESİ HUKUKUNDA AKIL HASTALIKLARINA İLİŞKİN DÜZENLEMELER

#### 1. Akıl Hastaları Hakkında Bilirkişilik

##### 1.1 Bilirkişiliğe İlişkin Genel Bilgiler

Bilirkişiliğe ilişkin prensipler, 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunumuzun “Bilirkişi İncelemesi” başlığını taşıyan ikinci bölümünde, 62 ila 72. maddeleri arasında düzenlenmiştir. Bilirkişilik kurumuna ilişkin hangi prensiplerin hangi maddede düzenlenmiş olduğuna kısaca göz atmak gerekirse:

CMK m. 62: Bilirkişilere uygulanacak hükümler

CMK m. 63: Bilirkişinin atanması

CMK m. 64: Bilirkişi olarak atanabilecekler

CMK m. 65: Bilirkişiliği kabul yükümlülüğü

CMK m. 66: Atama kararı ve incelemelerin yürütülmesi

CMK m. 67: Bilirkişi raporu, uzman mütalaası

CMK m. 68: Duruşmada bilirkişinin açıklanması

CMK m. 69: Bilirkişinin reddi

CMK m. 70: Bilirkişilikten çekinme, bilirkişi olarak dinlenemeyenler

CMK m. 71: Görevini yapmayan bilirkişi hakkındaki işlem

CMK m. 72: Bilirkişi gider ve ücreti

Görüldüğü gibi, CMK’da bilirkişilik müessesesine ilişkin ayrıntılı düzenlemeler mevcuttur. Cezada olsun, hukukta olsun bir davada gerçeğin ortaya çıkartılması çabası sırasında zaman zaman çözülmesi gereken sorunlarla karşılaşılır ve bunların çözümü özel, teknik veya mesleki bilgiyi, bilimsel bir çalışmayı gerektirebilir. Uyuşmazlığın sonlandırılması bakımından önemli olan maddi olayın ispatı için birtakım sorunların çözülmesi zorunlu olmaktadır. Fakat bu sorunların çözümü, bir uzmana danışmayı gerektirebilir. İşte böyle durumlarda bilgisine başvuru olan kişi, “bilirkişi”dir<sup>258</sup>. Bilirkişi, çözümü uzmanlık, özel veya teknik bilgiyi gerektiren durumlarda oy ve görüşlerini almak üzere, kural olarak hâkim veya mahkeme tarafından re’sen ya da kanunda gösterilen kişilerin talebi üzerine atanan, tarafsız

---

<sup>258</sup> Yenerer Çakmut, Özlem, “Tıp Ceza Hukukunda Bilirkişilik”, V. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Türkiye Barolar Birliği Yayınları, Ankara 2008, 1135.

kimsedir<sup>259</sup>. Bilirkişi olabilmenin başta gelen koşulu, özel bilgi sahibi olmaktır. Özel bilgi sahibi olmayan ya da uzman olmayan kişinin bilirkişi olması mümkün değildir<sup>260</sup>.

Bilirkişiye ilişkin bir tanıma da, Ceza Muhakemesi Kanununa Göre il Adli Yargı Adalet Komisyonlarınca Bilirkişi Listelerinin Düzenlenmesi Hakkında Yönetmelik'in<sup>261</sup> 3. maddesinde yer verilmiştir. Söz konusu maddeye göre bilirkişi, “Çözümü; uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde oy ve görüşünü sözlü ya da yazılı olarak vermesi için başvurulmuş gerçek veya tüzel kişiyi” ifade eder.

Şunu da belirtmekte fayda vardır ki, bilgisine başvurulmuş kişiye verilen isim, kendisini seçmiş bulunan ceza muhakemesi süjesine göre değişmektedir. Nitekim tarafların seçtiği bilirkişi, CMK m. 67/6'da, “uzman” olarak nitelendirilmiştir. Buna karşılık, hâkim, mahkeme veya Cumhuriyet savcısının, bilgisine başvurulmasını uygun gördükleri uzman kişi ise, “bilirkişi” adını alır. “Uzman”, taraflara bilirkişi seçmek yetkisi tanınmasının bir sonucudur<sup>262</sup>. Kanunda “uzman” olarak nitelendirilen bu kişiye, doktrinde farklı isimler verildiği görülmektedir. Örneğin, *Kunter/Yenisey/Nuhoğlu* “teknik müşavir” ismini kullanırken<sup>263</sup>, *Centel/Zafer* ise “tarafların seçtiği bilirkişi” ismini kullanmaktadırlar. Her ne kadar, taraflarca seçilen bilirkişiye verilen isim konusunda bir yeknesaklık yoksa da, CMK'da bu kişiye “uzman” adı verilmiş ve “bilirkişi”den ayrı tutulmuştur. O halde diyebiliriz ki, hâkim, mahkeme ve koşulların varlığı durumunda Cumhuriyet savcısı tarafından karşılaşılan ve çözümü özel ve teknik bilgiyi gerektiren sorunlar için başvurulmuş uzman kişi CMK'da “bilirkişi”, hazırladığı rapor da “bilirkişi mütalaası” olarak adlandırılırken; diğer muhakeme süjelerinin aynı özelliklere sahip sorunların çözümü için başvurdukları kişi “uzman”, hazırladığı rapor da “uzman mütalaası” olarak isimlendirilmiştir<sup>264</sup>. Kovuşturma evresinde mahkeme başkanı veya hâkim, sanığın veya katılanın gösterdiği uzman kişinin çağırılması hakkındaki dilekçeyi reddettiğinde, sanık veya katılan, o kişiyi mahkemeye getirebilir. Bu kişi duruşmada dinlenir (CMK m. 178)<sup>265</sup>.

---

<sup>259</sup> Özbek, Veli Özer, “Tıbbi Deliller ve Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu”, Özel Sayı: Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi HFD III, 2, 2006, 384.

<sup>260</sup> Yurtcan, Erdener, “Ceza Yargılaması Hukuku”, Beta Yay., İstanbul 2007, 282.

<sup>261</sup> RG 01.06.2006, No.25832.

<sup>262</sup> Toroslu/Feyzioğlu, “Ceza Muhakemesi Hukuku”, 201. Aktaran: Yenerer Çakmut, 1149.

<sup>263</sup> Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, “Muhakeme Hukuku Dalı Olarak Ceza Muhakemesi Hukuku”, Beta Yay., İstanbul 2008, 652.

<sup>264</sup> Yıldız, A.K., “Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik”, EHFD, X, 3-4, 2006, 273. Aktaran: Yenerer Çakmut, 1149.

<sup>265</sup> Hakeri, Hakan/Ünver, Yener, “Ceza Muhakemesi Hukuku Temel Bilgiler”, Adalet Yay., Ankara 2007, 131.



## 1.2 Bilirkişi Nasıl Bir Ceza Muhakemesi Süjesidir?

Bilirkişi, nasıl bir ceza muhakemesi süjesidir? CMK m. 62’de, bilirkişilere ilişkin hükümlere aykırılık bulunmadığı müddetçe bilirkişilere, tanıklara ilişkin hükümlerin uygulanacağı belirtilmiştir. Buna göre, kural olarak bilirkişi, tanıktır. CMK m. 62’ye paralel olarak, bilirkişi de tanık gibi görevine başlamadan önce yemin eder, belirli hallerde, aynen tanık gibi (CMK m. 45’te olduğu gibi), çekinme hakkına sahiptir.

Yine, CMK m. 71 uyarınca; usulüne uygun olarak çağrıldığı halde gelmeyen veya gelip de yemin etmekten, oy ve görüş bildirmekten çekinen bilirkişiler hakkında, tanıklıktan ve yeminden sebepsiz yere çekinmeyi düzenleyen CMK m. 60 hükmü uygulanacaktır.

CMK’nın yukarıda sayılan hükümleri, bilirkişinin, tanık statüsüne sokulduğu durumları ortaya koymaktadır. Fakat yine de, bilirkişinin tam manasıyla bir tanık olduğu söylenemez. Zira gerçek bir tanık ile bilirkişi arasında muhtelif farklar mevcuttur. Bu farklardan en temel olanı, tanık, yeri doldurulamayacak bir süje iken, bilirkişinin yerine her zaman bir başkasının ikame edilebilmesi mümkündür. Yasa, resmi bilirkişilerin dahi, özel nedenlerin varlığı durumunda atanmasından vazgeçilerek özel bilirkişilerin atanabileceğini kabul etmektedir<sup>266</sup>. Bu temel farkın yanında, tanık ile bilirkişi arasındaki farkları, dört ana noktada toplamak mümkündür. İlk olarak; tanık, beş duyusu ile algıladığı bir olguyu anlatırken, bilirkişi ise hakkında önceden bilgi sahibi olmadığı, doğrudan algılamadığı bir olayla ilgili olarak kendisine yöneltilen sorulara, teknik bilgisi ile vardığı sonuçlar çerçevesinde cevap verir. İkinci olarak; tanığın reddi gibi bir durum söz konusu olamazken, CMK m. 69 çerçevesinde bilirkişinin reddi mümkündür. Bilirkişi, çekinme hakkını kullanmasını gerektirecek bir durum söz konusu ise, çekinme hakkını kullanabilir. Üçüncü olarak; dava konusu olaya ilişkin olarak algıladıklarını aktaracak olan tanığın yerine bir başka tanığın dinlenmesi söz konusu olamazken, dava konusu olayda teknik bilgiyi gerektiren hususlara ilişkin olarak aynı davada farklı bilirkişilere başvurulabilir. Son olarak ise, tanık ile bilirkişinin yemin şekilleri de farklıdır<sup>267</sup>. Tanığın yemini, CMK m. 55’te düzenlenmiştir. Buna göre tanık, kendisine yöneltilen sorulara cevap vermeye başlamadan evvel veya soruları cevaplamayı bitirdikten sonra yemin edebilir. Oysa CMK m. 64/5’e göre, bilirkişiler, il adalet yargı komisyonu huzurunda, ilgili listeye adlarının kaydedilmesinden evvel yemin ederler. Bu bir göreve başlama yemini ve her bir görev için yeniden yemin verilmesi gerekmez. Buna karşılık, bir tanığın ifadesine her başvurulduğunda yemin etmesi gerekir.

<sup>266</sup> Yurtcan, 303.

<sup>267</sup> Taner, Tahir, “Ceza Muhakemeleri Usulü”, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1955, 209.

Yukarıda sözü edilen maddeler uyarınca, bilirkişinin tanığa benzerliği ortaya koyulmuştur. Bunun yanında, bilirkişinin hâkime benzediği noktalar ve bunları düzenleyen maddeler de mevcuttur. Bilirkişi, hazırlayıp mahkeme huzurunda sunduğu karar ile maddi gerçeğin ortaya çıkartılmasına katkıda bulunmakta ve karara belirli bir derecede etki etmektedir. Dolayısıyla, hâkimlere özgü birtakım kurumlar, bilirkişiler bakımından da kabul edilmiş bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi, “hâkimin reddi” gibi, “bilirkişinin reddi” kurumunun bulunmasıdır. Bilirkişinin reddi, CMK m. 69’da düzenlenmiş bulunmaktadır. Maddeye göre “*Hâkimin reddini gerektiren sebepler, bilirkişi hakkında da geçerlidir.*” Ayrıca, bilirkişinin reddi müessesesinin uygulanabilmesini sağlamak bakımından, hâkim veya mahkeme, engel sebepler olmadıkça, ret hakkına sahip olanlara, atanan bilirkişinin adını ve soyadını bildirecektir. Ayrıca, bilirkişilerin konu hakkındaki görüşlerini bildirmek amacıyla, sanığın dinlenmesi sırasında duruşmada hazır bulunabilmeleri, sanığa sorular yöneltebilmeleri de, hâkime benzeyen yanlarından biridir<sup>268</sup>.

### **1.3 Mahkemenin Bilirkişiye Başvurabileceği Durumlar**

CMK m. 63/1’de hangi durumlarda mahkemenin bilirkişiye başvurabileceği düzenlenmiştir. CMK’nın yürürlüğe girdiği dönem öncesinde, hangi durumlarda bilirkişiye başvurulabileceği hususu kanunda açıkça düzenlenmiş değildi. Doktrinde genellikle, aynen İtalya’da olduğu gibi, belli bir bilim ve tekniğe ilişkin özel bilgiyi gerektiren hallerde ve sadece maddi mesele bakımından bilirkişiye başvurulacağı çok açık bir prensip olarak anlaşılmakta idiyse de, uygulamada yanlışlar yapıldığı için olacak ki, CMK’da bu konuda açık bir düzenleme getirilmesi gereği duyulmuştur<sup>269</sup>. Söz konusu düzenleme şu şekildedir:

*“Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re’sen, Cumhuriyet Savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanuni temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir. Ancak hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgi ile çözülmesi olanaklı konularda bilirkişi dinlenemez.”*

Belli bir bilim ve tekniğe ilişkin özel bilgiyi gerektiren her halde, hele herhangi bir muhakeme makamı ihtiyaç duyduğunda hâkim o konuda bilgili olsa dahi, bilirkişiye başvurmalıdır. Zira hâkimin özel teknik bilgisi ile delil muhtevasını öğrenmesi, delillerin müşterekliği prensibine

---

<sup>268</sup> Taner, 208.

<sup>269</sup> Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, “Muhakeme Hukuku Dalı Olarak Ceza Muhakemesi Hukuku”, Beta Yayınları, İstanbul 2008, 642 vd.

ters düştüğü gibi tecrübe kaidelerini tayin etmesi ve uygulaması da tarafların mütalaası bildirmelerine ve hâkimin özel bilgisini tartışmalarına imkân vermez<sup>270</sup>.

Hâkim, yargılamada kararı verirken, bilirkişi, ona yardım eden konumundadır. Şüphe yok ki, yargılamada son söz, kendisine Anayasa tarafından millet adına yargılama yapma yetkisi verilmiş, tarafsız ve bağımsız hâkime aittir. Ancak bilim ve teknoloji alanındaki hızlı gelişmeler, bu sürecin arttırdığı ihtiyaçlar ve bunların giderilmesinden kaynaklanan ilişkiler, insanlar arasında karmaşık sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Bu sorunların çözümü de, karmaşıklıklarına paralel olarak, özel ve teknik bilgiyi gerektirir niteliktedir. Dolayısıyla, bu durum yargılamada hâkimin, bilirkişiye başvurmasını gerekli kılmaktadır<sup>271</sup>. Yukarıda da belirtildiği gibi hâkim, bu tür sorunların çözümünde bilirkişiye başvuru ihtiyacı duyar fakat bu bir zorunluluk değildir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki, bir hâkimin, belirli teknik bir konuda kişisel ilgisi ve çalışması sonucu bilgi sahibi olması, o konuda bilirkişiye başvurmadan karar vermesi sonucunu doğurmamalıdır<sup>272</sup>.

Ayrıca, “çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren haller”den ne anlaşılması gerektiği de açık değildir. Bu tanım, farklı şekillerde yorumlanabilir. Çözümü özel veya teknik bilgiyi gerektirmese dahi uzmanlığı gerektiriyor olması da bilirkişiye başvurma sonucunu doğurabilir. Bu bakımdan, her ne kadar hâkim, hukuki konulara ilişkin olarak bilirkişiye başvuramaz ise de, hukukta uzmanlaşmanın gitgide yaygınlaştığı günümüzde, hukuk bilimiyle ilgili fakat hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgi ile çözülmesi olanaklı bulunmayan, çözülmesi uzmanlığı gerektiren konularda da bilirkişiye başvurulabilecektir. Bununla birlikte, bir sorunun, uzmanlığı ya da özel veya teknik bir bilgiyi gerektirip gerektirmediğine, bilirkişi tayinine yetkili olanlar, yani hâkim ya da savcı karar verecektir. Hâkim, bu gerekliliğe kendiliğinden karar verebileceği gibi, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanuni temsilcisinin istemi üzerine de karar verebilecektir. Bu anlamda özel bilginin mutlaka tıp veya fizik, vb. bir bilim dalına ait olması gerekmez, bir zanaatkârın bilgisi de özel veya teknik olabilir<sup>273</sup>.

---

<sup>270</sup> Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, 643.

<sup>271</sup> Yenerer Çakmut, 1138.

<sup>272</sup> Taner, 207.

<sup>273</sup> Özbek, Özer, “CMK İzmir Şerhi”, Seçkin Yay., Ankara 2005, 214, 215.

#### 1.4 Bilirkişiyeye Başvurmanın Bir Zorunluluk Olup Olmadığı

Genel kural olarak hâkimin bilirkişiyeye başvurması zorunlu değildir. Kanun, bilirkişiyeye başvurma yetkisinin ve bilirkişi atayıp atamama hususunun hâkime ait olduğunu belirtirken, bu konuya açıklık getirmek istemiştir<sup>274</sup>.

Hiç şüphesiz ki, suç işleyen bir kişinin akıl hastası olup olmadığının tespiti, teknik bilgiyi gerektiren bir konudur ve bu konuda hâkimin bilirkişiyeye başvurması kaçınılmazdır. Bu, hâkimin, tek başına üzerinde fikir yürütebileceği bir konu değildir<sup>275</sup>. Nitekim CMK m. 63/1 dışında kalan belli bazı konularda bilirkişiyeye başvurma hususu ayrıca belirtilmiştir. Bunlar:

1) Gözlem altına alınma (CMK m. 74), 2) Beden muayenesi (CMK m. 75), 3) Moleküler genetik incelemeler (CMK m. 78), 4) Ölünün adli muayenesi (CMK m. 86), 5) Otopsi (CMK m. 87), 6) Zehirlenme şüphesi üzerine inceleme (CMK m. 89). Bunlar ayrıca ve açıkça düzenlenmiş olmakla birlikte, bu hususlarda da kanun hâkime, bilirkişi ataması bakımından bir mecburiyet getirmiş değildir zira her bir madde “..karar verilebilir” şeklinde düzenlenmiştir. Burada “karar verilir” değil “karar verilebilir” ifadesinin kullanılmış olması, bu yönde bir mecburiyet bulunmadığına işaret olarak yorumlanmalıdır. Mecburiyet mevzubahis olmamakla birlikte, bu hususların her biri son derece teknik ve özel bilgiyi gerektiren hususlar oldukları için, uygulamada hâkimlerin bilirkişiyeye başvurmadan bu konularla ilgili karar alabilmeleri imkânsızdır. Dolayısıyla, kanunen bir mecburiyet yoksa da fiili bir mecburiyetin söz konusu olduğu söylenebilir. Zira hâkimlerin teknik sahalarda uzman olmalarına imkân yoktur. Kaldı ki olsalar bile bundan faydalanmaları muhakeme için faydadan çok zarar getirir. Çünkü hâkimin bu bilgiyi tartışma imkânı yoktur<sup>276</sup>. Fakat yukarıdaki durumlarda bilirkişiyeye başvurunun kanuni bir mecburiyet olduğu düşüncesinde olan yazarlar da vardır<sup>277</sup>.

Suç işlemiş olan bir kişinin, akıl hastası olup olmadığının tespiti, tıbbi uzmanlığı gerektiren teknik bir konudur. Bu kişinin, ceza sorumluluğu konusunda karar verecek olan kişi veya

<sup>274</sup> Yurtcan, 285.

<sup>275</sup> **Y. 1. CD., 01.03.1991, 391/559** (www.kazanci.com.tr): “Hâkim, bilirkişi düşüncesiyle bağlı değildir. Hâkim, bir uyuşmazlık çözerken hangi hususlarda uzman yardımından yararlanacağını kendisi takdir eder. Ancak, sanığın bilincinin incelenmesi gibi belli bir ilmi ve tekniği ilgilendiren, özel bilgiyi gerektiren incelemelerde hâkim, bilirkişi tayinini zorunlu olarak yapar.”

<sup>276</sup> Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, 640.

<sup>277</sup> Yurtcan, 286: “Yasa, ilke olarak yargıcın bilirkişiyeye başvurmasını ihtiyari saymış olmasına rağmen, bazı durumlarda bunu mecburi kılmıştır. Bu durumlarda yargıcın bir yardımcıdan yararlanmasının mecburi olduğu yasal bir faraziye olarak öngörülmüştür. Böyle durumlarda yargıç, bilirkişiyeye başvurmaksızın uyuşmazlığı çözmek yolunu seçemez. Böyle bir davranış hukuka aykırı olur.”

makam, gerekli gördüğü takdirde ve konunun aydınlatılması için, bilirkişilik kurumundan faydalanacaktır. Bu nedenle, adli psikiyatri açısından bilirkişilik büyük önem taşımaktadır<sup>278</sup>. Bunu gören kanun koyucumuz da, CMK m. 74 ile hâkime bu imkânı tanımıştır.

Söz konusu madde, kimlerin bilirkişiye başvurulması gerektiği iddiasında bulunabileceğini açıkça belirlemiştir. Buna göre, Cumhuriyet savcısı, katılan, vekili, şüpheli veya sanık, müdafii veya kanuni temsilcisi, bilirkişiye başvurulması gerektiği iddiasında bulunabilir. Bu kişilerden hiçbiri bu yönde herhangi bir iddiada bulunmasalar dahi, hâkim de re'sen bilirkişiye başvurulabileceği iddiasında bulunabilir. Böyle bir iddia karşısında hâkimin bilirkişiye başvurmak zorunda olup olmadığı hususu, yukarıda açıklanmış olduğu için burada tekrara gitmekten kaçınıyoruz. Fakat Yargıtay genellikle, bu yöndeki iddialara rağmen, hâkimin, akıl hastalığının bulunup bulunmadığına ilişkin olarak bilirkişi incelemesi yaptırmamasını, bozma nedeni olarak görmektedir<sup>279</sup>.

Bu iddialar karşısında hâkimin bilirkişiye başvurmak zorunluluğunun bulunup bulunmadığı hususunda, farklı ülkelerde farklı sistemler kabul edilmiş bulunmaktadır. Örneğin Fransa'da, bu iddiayı hâkimin kabul etmesi gerektiği yolunda bir düzenleme olmamakla birlikte, Temyiz Mahkemesi'nin bu yönde kararı vardır. Belçika'da, hâkime bu konuda bir takdir hakkı tanınmıştır. İsviçre'de bir tek halde, "sanığın sağır-dilsiz veya sar'alı olması hallerinde" hâkim bilirkişiye başvurmak zorunda ve diğer hallerde ise, ancak şüphe duyduğu zaman bilirkişiye

---

<sup>278</sup> Ünver, 166.

<sup>279</sup> **Y. 10. CD, 12.02.2008, 21336/2196** (Malkoç, 261): "Sanık Serdar Adak'ın sorgusu sırasında sunduğu 21.03.2003 tarihli GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesine ait belgeden psikiyatri servisinde tedavi edildiğinin anlaşılması, sanık Halil Serhuş'un da temyiz dilekçesinde intihar girişiminde bulunup tedavi edildiğini bildirmesine göre; sanıkların suç tarihinde TCK'nın 32. maddesi uyarınca ceza sorumluluğunu tamamen ya da kısmen kaldıracak bir durumları bulunup bulunmadığının belirlenmesinden sonra karar verilmesi gerektiğinin gözetilmemesi."

**Y. 1. CD, 23.01.2008, 4558/246** (Malkoç, 263): "Sanık Gökhan'ın psikolojik yönden tedavi gördüğü, cezai ehliyetinin bulunmadığının ileri sürüldüğü anlaşılacakla varsa önceye ait tedavi gördüğüne ilişkin raporları da temin edildikten sonra...müşahadeye tabi tutulduktan sonra düzenlenecek raporla...hukuki durumunun tayin ve takdiri gerekirken yazılı şekilde eksik inceleme sonucu hüküm kurulması."

**Y. 10. CD, 19.03.2007, 7922/3159** (Malkoç, 265): "Sanık Orhan Özkasapoğlu'nun hazırlık aşamasındaki ifadelerinde, psikolojik tedavi gördüğünü ve 1997 yılından beri hap kullandığını belirtmesi karşısında; sanığın işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı, bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp azalmadığı ve azalmış ise, bunun önemli derecede olup olmadığı konularında uzman bilirkişi görüşü alınarak; sonucuna göre...5237 sayılı TCK.nun 32. maddesinin uygulanıp uygulanmayacağıının tartışılmaması..."

**Y. 4. CD, 19.02.2007, 10741/1675** (Malkoç, 265): "Epilepsi hastası olduğunu ve psikolojik rahatsızlığı bulunduğunu ileri süren sanığın, suç tarihinde ceza sorumluluğunu ortadan kaldıracak ya da azaltacak bir durumun bulunup bulunmadığının araştırılarak sonucuna göre karar verilmesi gerektiğinin gözetilmemesi..."

**Y. 11. CD, 06.07.2006, 2718/6432** (Malkoç, 268): "Tüm aşamalarda psikolojik rahatsızlığı nedeniyle tedavi gördüğünü, 2 kez intihara teşebbüs ettiğini söyleyen sanığın; TCK.nun 32. maddesi uyarınca suç tarihinde işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp davranışlarını yönlendirmede yeteneğinin önemli derecede azalıp azalmadığı araştırılmadan yazılı şekilde mahkumiyet hükmü kurulması..."

başvuracaktır. İtalya’da hâkim, bu konuyu serbestçe takdir edebilecektir, ileri sürülen iddiayı kabul etmek zorunda değildir<sup>280</sup>.

Ülkemizdeki duruma bakılacak olursa, 1412 sayılı CMUK’ta, 1973 yılında yapılan değişiklikten önce, bu konuda hâkime mecburiyet yükleyen bir durum yoktu. Dolayısıyla ülkemizde, 1973 değişikliğine kadar ihtiyarılık sistemi geçerli idi. Söz konusu değişiklik, 1412 sayılı kanunun bilirkişinin tayinine ilişkin olan 66. maddesine bir fıkra eklemek suretiyle hâkime bilirkişiye başvurma konusunda bir mecburiyet getirmiştir. 5.3.1973 tarih ve 1696 sayılı Kanun ile eklenen dördüncü fıkraya göre “*Tedavi ve muhafazaya hükmolunması veya Ceza Kanununun 47. maddesinin uygulanması bakımından bilirkişi tetkikatı yaptırmaya hâkimler mecburdur. Bilirkişinin, adli tabip yoksa mütehassıs bir hekim olması şarttır*”.

Bizim kanunumuzdaki düzenleme şekli bakımından, mecburiyet sisteminin söz konusu olmadığı yönünde bir sonuç çıksa da, Yargıtay uygulamalarına bakıldığında, akıl hastalığı iddiasının söz konusu olduğu bir durumda, bilirkişi incelemesi yaptırılmaması ve hatta eksik araştırma ve inceleme yapılmış olması hallerinin, bozma sebebi olarak kabul edildiği görülmektedir. Dolayısıyla uygulamamız, mecburiyet sistemine yakın bir yaklaşım içerisindedir. Şensoy’a göre,

*“..bulunup bulunmadığının tesbiti keyfiyetinin bir fen ve ihtisas işi olduğu muhakkak olan akli maluliyet mevzuunda, hâkimin bir bilirkişiye müracaatı mecburi olmalıdır; zira failin, kendisini akıl hastası göstermek için, türlü hile ve desiselere başvurup mütehassıs olmayan hâkimi aldatabilmesi inkân dâhilinde bulunduğu gibi, fiili işlediği sırada, şuur veya harekâtının serbestîsini selbedecek surette akli maluliyete müptela bir kimseyi, hâkimin normal telakki edebilmesi de mümkündür. Bu itibarla bir davada maznunun akli durumu mevzuunda tereddüt hâsıl olduğu veya müdafaa sadedinde buna matuf bir iddia sebkettiği takdirde hâkim, işi bilirkişiye havale eylemelidir”<sup>281</sup>.*

Dolayısıyla yazar, her geçen gün nicelikleri ve nitelikleri değişmekte olan ve incelenmesi teknik uzmanlığı gerektiren akıl hastalığı hususunda, hâkimlerin bilirkişiye başvurusunun kanunlar tarafından zorunlu hale getirilmesinin yerinde olacağı düşüncesindedir ki biz de bu düşünceye katılmaktayız. Bu konuda eklenmesi gereken bir diğer husus ise, CMK m. 170’e göre, savcının, iddianamede ceza veya güvenlik tedbirinden hangisini talep ettiğini belirtmesi gerekliliği getirilmiş olmasına rağmen; CMK m. 174’te, bilirkişiye başvurulmaksızın güvenlik tedbiri ya da ceza talep etmenin iddianamenin iadesi sebebi olarak düzenlenmemiştir. Bu, sakıncalı sonuçlar doğurabilecek bir durumdur.

<sup>280</sup> Ünver, 166.

<sup>281</sup> Şensoy, 181.

## 1.5 Bilirkişi İncelemesinin Yürütülmesi

Bilirkişi olarak atanan kişi, nasıl bir inceleme yapacaktır? Bilirkişi incelemesinin yürütülmesi hususunu, CMK m. 66 düzenlemiş bulunmaktadır.

Buna göre, öncelikle birinci fıkraya uyarınca, mahkeme, atadığı bilirkişiye, cevaplama ve incelemesini istediği konuyu ve soruları bildirir. Bunun dışında, mahkemenin bilirkişiye, inceleme yapma süresini de bildirmesi gerekir ki bu süre üç ayı geçemez. Üç ay içerisinde bilirkişi, incelemesini tamamlayamaz ise, kendisini atayan merci tarafından bilirkişiye en fazla üç ay daha ek süre verilebilir.

Süreye uymayan bilirkişi, maddenin ikinci fıkrası uyarınca değiştirilebilir. Bu durumda bilirkişi, gelinen aşamaya kadar yapmış olduğu çalışmaları anlatan bir rapor sunar ve kendisine söz konusu inceleme için teslim edilmiş olan belge veya eşya varsa bunları geri verir. Bu bilirkişinin isminin, CMK m. 64'te öngörülen listelerden çıkarılması söz konusu olabileceği gibi, gecikme dolayısıyla uğranan zararların bilirkişiye ödetilmesine de karar verilebilecektir.

CMK m. 66/3'e göre, bilirkişi, görevini, kendisini atamış olan merci ile ilişki içerisinde yürütür. Gerektiğinde bu mercie incelemeleri hakkında bilgi verir ve bu merciden gerekli tedbirlerin alınmasını isteyebilir.

CMK m. 66/4'te ise, 1412 sayılı CMUK m. 73'te kısmen düzenlenmiş bulunan, bilirkişinin tanık dinleyebilmesi durumu düzenlenmiştir. Buna göre bilirkişi, görevini yerine getirmek amacıyla bilgi edinmek için şüpheli veya sanık dışındaki kişilerin de bilgilerine başvurabilecektir. Ayrıca bilirkişi, kendi uzmanlık alanına girmeyen bir konu hakkında aydınlatılma ihtiyacını ortaya koyarsa, hakim, mahkeme veya Cumhuriyet savcısı, bilirkişinin bu konuda uzman olan kişilerle görüşmesine de müsaade edebilir. Bilirkişinin bu amaçla görüşmüş olduğu kişiler de yemin ederler ve onların görüşlerini içeren rapor, bilirkişinin raporunun tamamlayıcı bir kısmı olarak dosyaya konur. Bu şekilde bir talep, ilgililerden de gelebilir. Yani ilgililer de, bazı konularda bilirkişi aydınlatmasını istedikleri kişilerin isimlerini önerebilir veya bilirkişinin üzerinde araştırma yapmasını özellikle istedikleri konuları ortaya koyabilirler (CMK m. 66/5).

CMK m. 66/6'da ise, bilirkişinin görevini nasıl sürdüreceğine ilişkin bir diğer husus düzenlenmiştir ki bu da, yine CMUK m. 73'te kendini gösteren, bilirkişinin şüpheli veya sanığa sorular yöneltebilmesi durumudur. CMK m. 66/6'nın ilk cümlesi, bilirkişinin şüpheli veya sanığa, mahkeme başkanı, hâkim veya Cumhuriyet savcısı aracılığı ile sorular yöneltebileceğini ortaya koymuştur. Fakat aynı fıkranın ikinci cümlesine göre ise, mahkeme başkanı, hâkim veya Cumhuriyet savcısının, bilirkişinin şüpheli veya sanığa doğrudan soru yöneltmesine de izin verebilmesi kabul edilmiştir. Bu durumda görüldüğü gibi, bilirkişi doğrudan ya da izin verilmediği durumlarda ise dolaylı şekilde de olsa, şüpheli veya sanığın ifadesine başvurabilecektir. Kaldı ki, bu durum, bizim çalışma konumuzu teşkil eden “akıl hastalığı” hususunda zaten “olmazsa olmaz” bir gerekliliktir. Zira bilirkişinin üzerinde karar vermeye çalıştığı nokta zaten şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığı ve eğer akıl hastası ise bunun işlediği suçta etki edip etmediğidir. Böyle bir araştırma zaten ancak kişinin kendisi ile görüşerek yapılabileceğinden, akıl hastası şüpheli veya sanık hakkında görüşü istenen bilirkişi bakımından CMK m. 66/6'nın ilk cümlesi, anlam ifade etmeyecektir. Nitekim bu durum göz önünde bulundurulmuş olacak ki, CMK m. 66/6'nın son cümlesinde, bilirkişi olarak görevlendirilmiş hekime ilişkin farklı bir düzenleme getirilmiştir. Buna göre, *“Muayene ile görevlendirilen hekim bilirkişi, görevini yerine getirirken zorunlu saydığı soruları, hâkim, Cumhuriyet Savcısı ve müdafî bulunmadan da mağdur, şüpheli veya sanığa doğrudan doğruya yöneltebilir”*. Hekim bilirkişiler bakımından getirilen bu düzenleme, yerinde olmuştur. Zira şüpheli veya sanığın akıl hastalığı iddiasını aydınlatması istenen bir hekimin, söz konusu kişi ile doğrudan iletişim kurmaksızın karar verebilmesi imkân dâhilinde değildir. Ya da, herhangi bir izin beklerken kaybedeceği zaman da, ulaşacağı sonucu olumsuz yönde etkileyebilir.

Yukarıda, bilirkişi incelemesinin yürütülmesine ilişkin olarak getirilen kanuni düzenlemelerden bahsedilmiştir. Bunun yanı sıra, fiili olarak da bilirkişi sıfatını alan uzman hekimlerin araştırmalarını yürütürken nelere dikkat ettiklerinden de söz etmek gerekir. Fonksiyonel ruhsal bozukluklara yönelik psikiyatrik muayenenin yanı sıra, rutin laboratuvar incelemeleri, EEG, gereğinde görüntüleme yöntemleri, kan ve idrarda alkol ve psikoaktif madde ve metabolitlerin araştırılması yapılır. Yukarıda muhtelif yerlerde atıfta bulunulan *Özkan-Hakeri*'nin makalesinde, bilirkişi hekimlerin yapacağı incelemeye ilişkin bilgiler verilmiştir. Yazarlardan *Özkan*'ın hekim olması dolayısıyla, bu konuda verilen bilgiler, teknik kavramlar içermekle birlikte, tamamen konunun tıbbi yönüne ilişkin olduğundan, hukukçuların eserlerinde rastlanması muhtemel olmayan nitelikte bilgilerdir<sup>282</sup>:

*“Ruhsal hastalığa yönelik incelemelerde, ruhsal bir hastalığa ait olduğu düşünülen ana belirtiler dikkate alınır. Kişide gözlenen ve kişi tarafından ortaya konan*

---

<sup>282</sup> Özkan/Hakeri, 9.



*belirtilerle, dava dosyası ve diğer kişilerden alınan belirtiler karşılaştırılır. Özellikle kişinin suç fiili ve hastalığı hakkındaki düşünceleri öğrenilir. Bilinç, oryantasyon, dikkat, hafıza, zeka, algılama, duygulanım özellikleri, düşünceye ait bozukluklar, davranış bozuklukları, gerçeği değerlendirme ve muhakeme yeteneği araştırılır ve zeka testleri, kişilik testleri, anksiyete ve depresyon testleri, bellek testleri, Bender görsel motor algı testleri gibi gerekli görülen psikometrik testler yapılır. Ayrıca kişinin iş, kişiler arası ilişkiler ve kendine bakım işlevlerinde değişiklik olup olmadığı araştırılır. Bu değerlendirmelerden sonra bulunan tüm bulgu ve bilgilerin ışığı altında..bir karara varılır ve hastalığın tanısı belirlenir. Ancak, burada esas olan hastalığın tanısı olmayıp, kişinin suçu işlediği sırada ceza sorumluluğunu ortadan kaldıran semptomların olmasıdır. Örneğin preseküsyon (kötülük görme) hezeyanı etkisiyle suç işleyen kişinin tanısı ne olursa olsun sonucu etkilemez.”*

#### **1.6 Gözlem Altına Alınma (CMK m. 74)**

Bilirkişi, yaptığı tetkiklere rağmen sanığın akıl durumu hakkında tatmin edici neticelere ulaşamamış ise, sanığın bir kurumda gözlem altına alınması talep edilebilir. CMK m. 74, akıl hastasının akli durumunun teşhisi için gözlem altına alınması kurumunu düzenlemiş bulunmaktadır. Sadece muayene ile anlaşılamayan durumlarda, sanığın gözlem altına alınmasından başka çare yoktur<sup>283</sup>. Sanık için, suçluluğu belirlenmeden önce özgürlüğünün hâkim kararıyla sınırlandırılması söz konusu olmaktadır. Bu nedenle sanık, müşahede için gözlem altına alındığında, hakkında bir ceza muhakemesi önlemine başvurulmuş olur<sup>284</sup>.

Gözlem altına alınanın, birtakım sakıncaları bulunduğu ileri sürülmüştür. Her şeyden önce, kapalı gözlem, kişinin özgürlüğü kısıtlanarak yapılmaktadır. Kapalı gözlem, psikolojik olarak gözleme tabi tutulan, sosyolojik olarak da ailesi tarafından daima adeta bir tutuklama gibi algılanmaktadır. Gözlemede bulunabilmek adına kişinin resmi bir sağlık kurumunda bulundurulmasına getirilen eleştirilerin bir kısmı da, gözlem yerinin yapay olması noktasında birleşmektedir. Akıl hastası olup olmadığı araştırılan suçlu, gerçek hayattakinden farklı şartlar içine koyulmaktadır. Sağlık kurumunda yapılan gözlem, artık gözlem olmaktan çıkıp deneye dönüşmektedir. Suçlu, üzerinde gözlem yapıldığını hissettiğinden, normalde davranacağından daha farklı şekilde davranabilmekte, kendisini iyi göstermeye çalışabilmektedir<sup>285</sup>.

---

<sup>283</sup> Yerli, 16.

<sup>284</sup> Yurtcan, 349.

<sup>285</sup> Tosun, Öztekin, “Suçluların Gözlemi”, Sulhi Garan Matbaası, İstanbul 1966, 169 vd.

Gözlem altına alınmaya ilişkin 74. madde, CMK'nın "Gözlem Altına Alınma, Muayene, Keşif ve Otopsi" başlığını taşıyan üçüncü bölümünde yer alır. Maddenin içeriğinin incelenmesine geçmeden önce, madde başlığındaki ifadenin özelliğine değinmek gerekir. Her ne kadar, pratik bir önemi bulunmasa da, burada, kanundaki diğer tedbirlerden farklı bir kullanım şeklinin söz konusu olduğu belirtilmelidir. Diğer koruma tedbirlerini düzenleyen madde başlıklarına bakıldığında, "tutuklama", "zorla getirme" gibi ifadeler kullanılmış iken, CMK m. 74'te neden "Gözlem altına alınma" dendiği anlaşılamamaktadır. Şayet bu ifade, bilinçli bir kullanımın sonucu ise, bu durumda diğerlerinin de "tutuklanma", "zorla getirilme" şeklinde formüle edilmiş olması gerekirdi. Diğerlerinde, tedbiri uygulayan makamın kaleminden çıkan bir ifade tarzı varken, "gözlem altına alınma" tabirinde, sanığın bakış açısını yansıtan bir kullanım vardır. Bu ayırımın teknik olarak belirli bir amaçla mı kullanıldığı bilinmemekle beraber, özensiz bir düzenlemenin sonucu olması kuvvetle muhtemeldir. Ya da, düşük bir ihtimal de olsa, sanığın akli durumunun tespiti için gerçekleştirilen gözlem altına alma (CMK m. 74) ile, gözaltına alma (CMK m. 91) terimlerinin sık sık karıştırılması durumunun önüne geçilmesi amacıyla böyle bir ifade şekli kullanılmış olabilir<sup>286</sup>.

"Gözlem altına alınma" başlıklı CMK m. 74 metni şu şekildedir:

*"(1) Fiili işlediği yolunda kuvvetli şüpheler bulunan şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığını, akıl hastası ise ne zamandan beri hasta olduğunu ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkilerini saptamak için; uzman hekimin önerisi üzerine, Cumhuriyet savcısının ve müdafinin dinlenmesinden sonra resmi bir sağlık kurumunda gözlem altına alınmasına, soruşturma evresinde sulh ceza hâkimi, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından karar verilebilir.*

*(2) Şüpheli veya sanığın müdafii yoksa hâkim veya mahkemenin istemi üzerine, baro tarafından bir müdafî görevlendirilir.*

*(3) Gözlem süresi üç haftayı geçemez. Bu sürenin yetmeyeceği anlaşılırsa resmi sağlık kurumunun istemi üzerine, her seferinde üç haftayı geçmemek üzere ek süreler verilebilir; ancak sürelerin toplamı üç ayı geçemez.*

*(4) Gözlem altına alınma kararına karşı itiraz yoluna gidilebilir; itiraz, kararın yerine getirilmesini durdurur.*

*(5) Bu madde hükmü, 223 üncü maddenin sekizinci fıkrası gereğince yargılamanın durması kararı verilmesi gereken hallerde de uygulanır."*

---

<sup>286</sup> Özbek, 246.

Ceza hukukunun netice sorumluluğundan irade sorumluluğuna geçmesi dolayısı ile failin kusur yeteneği, suçun kurucu unsurlarından biri olmuştur. “Vücutun muayenesi”nden farklı olarak, gözlem altına alma tedbiri ile, şüpheli veya sanığın şuuru tetkik edilecektir<sup>287</sup>.

Görüldüğü gibi, gözlem altına alınma tedbiri için gereken şartlar, kuvvetli şüphe bulunması, uzman bir hekimin önerisinin bulunması, savcı ve müdafinin dinlenmesi (müdafii yoksa, atanmalıdır), sulh ceza hâkimi veya mahkemenin kararı<sup>288</sup>. Gözlem altına alınma tedbirinin hayata geçirilmesinde şu şekilde bir sıralama izlenir: Fiili işlediği yönünde kuvvetli şüpheler bulunan bir şüpheli veya sanık vardır. Bu şüpheli veya sanığın, akıl hastası olup olmadığının, akıl hastası ise ne zamandan beri akıl hastası olduğunun ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkisinin saptanması gerekir<sup>289</sup>. Bu gereklilik, uzman hekimin yaptığı muayeneler sonucu yerine getirilememiş, gerekli tespit yapılamamıştır. Bunun üzerine uzman hekim, kişinin akli durumunun tespitinin yapılabilmesi için gözlem altına alınması gerektiği yönünde öneride bulunur. Bu öneriden sonra ve şüpheli veya sanığın gözlem altına alınmasına karar verilmesinden önce, Cumhuriyet savcısı ve müdafii dinlenir. Bundan sonra gözlem altına alınma kararı verilir. Bu kararı, soruşturma evresinde sulh hâkimi, kovuşturma evresinde ise mahkeme verir.

Özbek, CMK m. 74/1'deki düzenlemenin eksik olduğunu ve akıl hastalığı boyutuna ulaşmayan geçici nedenler, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, çocuğun temyiz kudretinin belirlenmesi (TCK m. 31) gibi durumları da kapsayacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini öne sürer. Yazara göre, gözlem altına alınma tedbiri, temel hak ve özgürlüklere müdahale niteliği taşıdığı için kapsamının dar tutulması yerinde gibi gözükebilmekle birlikte; bu sefer de akıl hastalığının dışında kalan ve yukarıda zikredilen durumların belirlenmesi bakımından zorluklar ortaya çıkabilecektir. Kaldı ki yazar, gözlem altına alınma tedbiri son derece ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiş olduğu için, temel hak ve özgürlüklere müdahale bakımından güvence sağlanacağı görüşündedir<sup>290</sup>.

Ayrıca gözlem altına alınma tedbirinin uygulanması konusunda karar verilmesi aşamasında, şüpheli veya bir sanığın müdafii bulunmuyorsa, CMK m. 74/2 uyarınca kendisine baro tarafından bir müdafii atanır. Yargıtay, sadece bu aşamada değil, akıl hastası sanığın

<sup>287</sup> Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, 903–904.

<sup>288</sup> Hakeri/Ünver, 132.

<sup>289</sup> **Y. 5. CD., 05.07.2004, 1924/5395** (Özbek, 250, www.kazanci.com.tr): “Sanık hazırlık beyanında ‘Askerden geldikten sonra psikolojik bunalım yaşamaya başladım’ demekte olup, sanığın bu savunması karşısında TCK’nın 46 ve 47. maddelerinde düzenlenen, fiili işlediği zaman şuurunun ve hareketinin serbestisini tamamen kaldıracak veya önemli derecede azaltacak suretle akıl hastalığının bulunup bulunmadığının CMUK’un 74 ve devam eden maddeleri gereğince tespitinden sonra sonucuna göre karar verilmesi gerekir.”

<sup>290</sup> Özbek, 246.

yargılanmasının her aşamasında müdafî bulundurulması gerektiğini belirtmiştir<sup>291</sup>. Gerçekten de CMK m. 74/2 yalnızca gözlem altına alınmaya ilişkin karar verileceği sırada müdafî bulundurulması zorunluluğunu düzenliyor ise de, CMK m. 150/2 uyarınca, akıl hastası sanık da “kendisini savunamayacak derecede malul” olduğundan, istemi aranmaksızın kendisine müdafî atanacaktır.

CMK m. 74/3'te görüldüğü gibi, gözlem altına alınma tedbiri bakımından öngörülen bir süre vardır. Tedbirin süresi, üç haftayı geçemez. Fakat üç hafta geçmesine rağmen sağlıklı bir sonuca varılamamış ise, resmi sağlık kurumunun istemi üzerinde, her seferinde yine üç haftayı geçmemek üzere ek süreler verilebilir. Toplam gözlem altında tutulma süresi ise, üç ayı geçemez.

Gözlem altına alınma tedbiri, 1412 s. CMUK'ta da 74. maddede düzenlenmişti. Söz konusu madde, şimdiki düzenlemeye benzer hükümler getirmekle birlikte, 5271 s. CMK m. 74'e alınmayan iki hükmü daha vardı: 1412 s. CMUK'ta bulunan “Sanığın Şuurunun Tetkiki” başlıklı m. 74/4'e göre, sanığın resmi kuruma gönderilmesi sırasında soruşturma dosyasının da birlikte yollanması gerekiyordu. Ancak soruşturma dosyasının bütünüünün resmi kuruma gönderilmesinde hâkimin sakınca görmesi halinde, bazı belgelerin suretlerinin gönderilmesi ile de yetinilebiliyordu. Buna karşılık, resmi kurumun soruşturma dosyasını, 15 gün içinde geri göndermesi mecburiyeti vardı. Eğer olayın özelliği gereği gerekli görülürse hâkim, geri gönderme süresini altı haftaya kadar uzatabiliyordu. CMUK m.74/son'a göre ise, resmi müessesede gözlem altına alınma süresi ileride verilecek cezadan ve muhafaza ve tedavi tedbirinin asgari süresinden indirilirdi. Eğer sanık iyileşirse, gözlem altına alınma süresi bu kez, verilecek olan cezadan indirilirdi<sup>292</sup>.

Gözlem altına alınma tedbiri bakımından son olarak değinilmesi gereken husus, bu tedbirin nerede uygulanacağıdır. CMK m. 74'e göre, akıl hastalığının tespiti hususunda, resmi bir sağlık kurumu görevlendirilir. Kanunda “resmi sağlık kurumu” denmiş, fakat hangi kurumun bu görevi yerine getirebileceği konusunda herhangi bir belirleme yapılmamıştır. Buna rağmen Yargıtay, akıl hastalığını ve/veya derecesini tespit eden diğer kurumların raporlarını (gözlem altına alma tedbiri uygulanmış olsun veya olmasın) çoğu zaman kabul etmemekte ve

---

<sup>291</sup> **Y. 5. CD, 26.11.2007, 11619/9317:** “Ceza ehliyeti bulunmadığından hakkında TCK.nun 32/1. maddesinin tatbikine karar verilen sanığa CMK.nun 74/2 ve 150/2. maddeleri uyarınca isteğine bakılmaksızın yargılamanın her aşamasında kendisini temsil edecek bir müdafî atanması gerektiğinin gözetilmemesi..”

<sup>292</sup> Yerli, 16 ve 20.

işin mutlaka Adli Tıp Kurumu'nun önüne gitmesi gerektiğini ifade etmektedir<sup>293</sup>. Hâlbuki 2659 s. Adli Tıp Kurumu Kanunu'nda da akıl hastalığının incelenmesi, tespiti ve derecelendirilmesi konusunda Adli Tıp Kurumu'na müracaat mecburiyetine rastlanmamaktadır. Fakat bu kanunun 7. ve 16. maddelerinde, akıl hastalığının tespiti konusunda 4. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun görevlendirildiği görülmektedir. Yargıtay da, bu hükümlerden hareketle olsa gerek<sup>294</sup>, akıl hastalığının tespiti ve derecelendirilmesi konusunda tek yetkili kurumun Adli Tıp Kurumu olduğu sonucuna varmıştır<sup>295</sup>. Hatta öyle ki, Yargıtay kimi kararlarında, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi'nin raporunu dahi yeterli görmemektedir<sup>296</sup>. Yargıtay tarafından varılan bu sonuç, isabetli değildir. Zira kanunun söz konusu maddeleri, yalnızca, kurulun, önünde gelen işlerde hangi konularda görüş bildirmekle görevli olduğunu tespit eder. Bundan çıkarılması gereken sonuç, bu tür işlerin mutlaka Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'na gönderilmesi gerektiği şeklinde olmamalıdır. Kanaatimizce, hastanelerin Ruh ve Sinir Hastalıkları Servisleri tarafından verilen görüşler de kabule şayandır. Herhangi bir sebeple bu görüşlerde bir tereddüt oluşursa

---

<sup>293</sup> **Y. 1. CD, 21.07.2005, 152/2283:** “Sanığın, epilepsi, yani sara hastası olması ve Adana Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne sevki yapılarak ceza ehliyetine ilişkin raporunun alınması karşısında, 5237 s. Kanunun 32. maddesi uyarınca sanığın Adli Tıp Kurumu'na sevk edilmek suretiyle mevcut rahatsızlığının, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama ve bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğini etkileyip etkilemediği hususunda rapor alınarak, ortaya çıkacak sonuca göre hüküm tesisinde zorunluluk vardır” şeklinde bir sonuca varılmıştır.

**Y. 1. CD, 14.11.2005, 805/3236:** “Oluş, aşamalarda değişmeyen savunma ve dosyada mevcut 29 adet tedavi belgeleri birlikte değerlendirildiğinde, depresyon hastası olduğu iddia edilen sanığın işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin azalıp-azalmadığı hususunda Adli Tıp Kurumuna sevki ile Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesinde makul süre gözlem altında tutulmak ve 5237 s. Yasanın 32/2 ve 57. maddeleri de nazara alınmak suretiyle raporu alınarak sonucuna göre hüküm tesis edilmesi gerektiği gözetilmeden yazılı şekilde eksik soruşturmayla hüküm tesisi yasaya aykırıdır”denmiştir.

**Y. 1. CD, 04.04.2006, 2366/1145:** “Sanığın uzun süre ruhsal tedavi gördüğü, alınan raporlarda ‘depresif bozukluk, hafif stereotipik düşünce yapısı, emotif ve enfantil kişilik yapısı’ tespiti yapılması karşısında, hüküm tarihinden sonra yürürlüğe giren 5237 s. Yasanın 32. maddesindeki unsur değişiklikleri de dikkate alınarak, İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığına sevk edilerek işlediği suçun hukuksal anlam ve sonuçlarını algılayacak ve eylemi ile ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği olup olmadığı konusunda yeniden rapor alınması zorunludur”denmiştir.

<sup>294</sup> **Y. 1. CD, 23.09.1992, 1513/1930 (Yerli):** “2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununun 16/d maddesi gereğince sanığın cezai ehliyeti ile bunu kaldıran veya hafifleten sebepler hakkında rapor vermek, anılan Kurumun Dördüncü İhtisas Kuruluna ait olduğu halde, Gözlem İhtisas Dairesi raporu ile yetinilerek sanık hakkında TCK'nın 46'ncı maddesi uygulanmak suretiyle karar verilmesi yasaya aykırıdır.”

<sup>295</sup> Şen, 115.

<sup>296</sup> **Y. 5. CD, 26.11.2007, 11619/9317:** “2659 sayılı Kanununun 16/d maddesi uyarınca yetkili Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulundan görüş alındıktan sonra sonucuna göre karar verilmesi yerine, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesinin raporu ile yetinilmesi...”

**Y. 5. CD, 09.06.1999, 3247/2842 (Yerli):** “Adli Tıp Kurumu Kanununun 16 ve 18'inci maddeleri hükmü karşısında sanığın cezai ehliyeti hususunda Adli Tıp Kurumu Dördüncü İhtisas Kurulundan rapor alınmadan, Gözlem İhtisas Dairesinin raporu ile yetinilerek hüküm kurulması...”

hâkim, işi Adli Tıp Kurumu'na da gönderebilir. Yargıtay'ın bu yönde kararları da mevcut olmasına rağmen<sup>297</sup>, yine de neredeyse bütün davalarda akıl hastalığının tespiti bakımından doğrudan Adli Tıp Kurumu'na gönderilme şartının aranması, pratik olmayan bir durumdur. Nihayetinde Adli Tıp Kurumu'nda da belirli sayıda personel çalışmakta ve önlerine gelen işleri verimli şekilde yapmak bir yana, herhangi bir şekilde bile tamamlamakta zorlanmaktadırlar. Bunun en son örneği, Adli Tıp Kurumu 6. İhtisas Kurulu'ndan istifa eden Doç. Dr. Ayten Erdoğan'ın açıklamalarında kamuoyuna yansımıştır<sup>298</sup>.

Dolayısıyla, Yargıtay'ın şu andaki uygulaması sonucu, akıl hastalığının tespitini gerektiren işlerin hemen hepsi Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'nun önüne gittiğinden, söz konusu kurulun bu iş yüküne cevap verebilmesi ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için mevcut altyapının güçlendirilmesi ve personel sayısının artırılması gerekmektedir.

Fakat şu husus da gözden kaçırılmamalıdır; akıl hastalığının tespitini gerektiren her durumda işin Adli Tıp Kurumu'na gönderilmesi, tarafımızdan isabetli olmayan bir uygulama olarak kabul edilmekle birlikte, raporu veren kurum hiç şüphesiz çok önemlidir. Dolayısıyla, raporu veren kurum Adli Tıp Kurumu olmasa da, kanunun aradığı şekilde “resmi bir sağlık kurumu” olmalıdır ve raporda mutlaka psikiyatri alanında uzman bir hekimin imzasının bulunması gerekir. Zira akıl hastalığının varlığına ve bunun derecesine, ya da yokluğuna

---

<sup>297</sup> **Y. 8. CD, 15.01.2008, 12434/112** kararı, “Sağlık kurulu raporları arasındaki çelişki göz önünde bulundurulduğunda, sanığın Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kuruluna sevk edilerek 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi uyarınca raporu alınarak sonucuna göre hukuki durumunun tayin ve takdiri gerektiğinin gözetilmemesi” şeklindedir (www.kazanci.com). Görüldüğü gibi burada, daha önceden başka kurumlar tarafından verilen sağlık raporları kabul edilmiş fakat iki rapor arasında çelişki bulunması üzerine Adli Tıp Kurumu'na sevk zorunlu görülmüştür. Kararda da vurgulandığı üzere, alınan raporlar arasında çelişki veya tutarsızlık görüldüğünde son merci olan Adli Tıp Kurumu'ndan görüş alınacaktır.

**Y. CGK, 1.4.1985, 1418/175** (Erol, 662): “Şüpheli veya sanığın, akli durumu konusunda uzman olan doktor bilirkişi, muayene ederek gözlem altına alınmasını gerektirir bir akıl hastalığı bulunmadığını bildirdiğinde ve şüpheli veya sanığı gözleyen mahkeme kurulu da uzman doktor ile aynı kanaatte bulunursa Adli Tıp Kurumundan görüş alınmasına gerek yoktur.”

<sup>298</sup> <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/11446964.asp>, 01.08.2009. Doç. Dr. Ayten Erdoğan, 7 sayfalık istifa dilekçesinde, istifa neden 6. İhtisas Kurulu'nda çalışamayacağını 27 madde halinde sıraladı. Erdoğan, dilekçesinde, “Bu koşullarda sağlıklı rapor çıkarmak çok zor”, “Adli Tıp Kurumunun mevcut sisteminin değişmesi ve bu konuda yetkililerin dikkatini çekmek için istifa zorunlu hale gelmiştir” gibi ifadeler kullandı.

Adli Tıp Kurumu Başkanı Doç. Dr. Cengiz Haluk İnce ise, konuyla ilgili olarak, Adli Tıp Kurumu'nun yapılanmasındaki 6 adet İhtisas Kurulu'nda toplam 26 profesör, 4 doçent unvanına sahip akademik personel ile konularında mütahassis 16 uzmanın çalıştığını aktararak, Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'nun da yine çalışma prensiplerinin kanun ve yönetmelikle belirlendiğini, başkanlığını Adli Tıp Kurumu Başkanı'nın, üyeliklerini de 6 İhtisas Kurulu başkan ve üyelerinin oluşturduğunu ifade etti. Kuruluşundan bugüne kadar bir kez de Adli Tıp Genel Kurulu'nda görüşülmek üzere gönderilen adli tahkikat dosyalarının genel kurul sekreteryası tarafından incelendiğini, geliş sırasına göre kurul gündeminin oluşturulduğunu anlatan İnce, hazırlanan raporların genel kurul başkan ve üyelerine inceleyebilmeleri amacıyla belirlenen kurul gününden en az bir hafta önce dağıtıldığını belirtti.

hükmetmek, tıp bilimine özgü bir incelemedir. Nitekim Yargıtay da bir kararında, bir psikolog tarafından verilen raporu yeterli görmemiştir<sup>299</sup>. Bunun yanı sıra, sanıkta akıl hastalığı bulunduğu dair yurt dışında verilmiş bulunan raporları da, Yargıtay hükmün verilmesi bakımından yeterli görmemiştir<sup>300</sup>.

Sanığın akıl hastası olup olmadığına ilişkin olarak verilen sağlık kurulu raporları arasında çelişki bulunması halinde, meselenin Adli Tıp Kurumu'na sevki uygulamasına gidilmektedir. Y. 8. CD, 15.1.2008 tarihli ve 12434/112 sayılı kararında bu fikri ortaya koymaktadır: *“Sağlık kurulu raporları arasındaki açık çelişki göz önünde bulundurulduğunda, sanığın Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kuruluna sevk edilerek 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi uyarınca raporu alınarak sonucuna göre hukuki durumunun tayin ve takdiri gerektiğinin gözetilmemesi...”*. Kararda da vurgulandığı üzere, alınan raporlar arasında çelişki veya tutarsızlık bulunması halinde, son merci olan Adli Tıp'tan görüş alınması gerekecektir<sup>301</sup>. Bu karardaki düşünce, yukarıda tartışılan “Adli Tıp Kurumu'na başvurunun ilk etapta zorunlu olmaması gerektiği” yönündeki görüşümüzü de destekler niteliktedir.

Bunun yanı sıra, akıl hastalığının tespiti konusunda zaten Adli Tıp Kurumu'nun önüne giden bir vaka bakımından da, Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesi raporu ile Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Dairesi raporu arasında çelişki bulunması halinde ise, Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'ndan rapor alınması gerekmektedir. Y. 1. CD, 24.05.2007 tarih ve 1436/4068 sayılı kararında bu görüş ifade edilmektedir: *“Sanığın ceza ehliyetine ilişkin Adli Tıp Kurumu Gözlem İhtisas Dairesinin 9.6.2005 tarihli raporu ile Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu'nun 1.3.2006 tarihli raporu arasında çelişki olması karşısında, sanığın ceza ehliyeti konusunda Adli Tıp Kurumu Genel Kurulundan rapor aldıktan sonra sanığın hukuki durumunun değerlendirilmesi gerekeceği gözetilmeden noksan tahkikatla hüküm kurulması...”*

---

<sup>299</sup> Y. 5. CD, 23.01.2008, 12469/361 (www.kazanci.com): “Psikolog Yasemin Parlar tarafından düzenlenen 20.02.2007 tarihli sosyal inceleme raporunda ‘sanığın reterde olması nedeniyle cezai ehliyetinin olmayacağını’ bildirilmiş olması karşısında; sanığın Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas Dairesine sevk edilerek 5237 sayılı TCK.nun 32. maddesi hükmüne nazaran olay tarihinde işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı veya varsa bu fiillerle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğindeki azalmanın önemli derecede olup olmadığı konusunda rapor aldırıp sonucuna göre hukuki durumunun tayin ve takdiri yerine eksik soruşturma ile yazılı şekilde hüküm kurulması...”

<sup>300</sup> Y. 4. CD, 19.11.2007, 5457/9464 (Malkoç, 264): “Sanığın psikolojik rahatsızlığı bulunduğu ilişkin yurtdışında düzenlenmiş raporlarının bulunması karşısında suç tarihinde işlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı ya da bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalıp azalmadığı hakkında rapor alınarak 5237 sayılı TCY.nın 32. maddesinden yararlanıp yararlanmayacağını araştırılması gerektiğinin gözetilmemesi...”

<sup>301</sup> Malkoç, 261.

## 1.7 Bilirkişi Raporu ve Raporun İeriği

Ŗüphelinin veya sanığın, gözlem altına alınmasına gerek olmaksızın veya buna gerek duyularak uygulanan gözlem süresinin sonunda, bilirkişi tarafından hazırlanan rapor konusuna gelindiğinde, raporun ieriğinin ne şekilde olması gerektiği, raporun hâkim üzerindeki bağlayıcılığı sorunu ve buna bağlı olarak da raporun hukuki niteliği gibi noktalar tartışılmalıdır.

*Ŗensoy'a göre*, bilirkişi raporunun ieremesi gereken üç esaslı nokta mevcuttur ve bunlar şu şekilde sıralanabilir:

1) Ŗüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığı ve eğer akıl hastası ise, hangi türden bir akıl hastalığının bulunduğu.

2) Bilirkişi, ilk kısımda bir akıl hastalığının teşhisini koymuşsa, ikinci kısımda da, koymuş olduğu teşhise göre Ŗüphelinin veya sanığın, işlemiş bulunduğu suçtan dolayı sorumlu olup olmayacağını belirtmelidir. Ancak, bilirkişi raporunda bu hususun bulunmasının gerekip gerekmediği, eskiden beri tartışılan bir konu olmuştur. Bu tartışmalara, çalışmamızın önceki kısımlarında yer verilmiş olduğu için, burada tekrar etmiyoruz. Fakat *Ŗensoy* tarafından aktarılan ve yukarıda ilgili kısımda değinmediğimiz birtakım görüşlere burada yer vermek uygun olacaktır. Bu hususta *Ŗensoy*'un aktardığı görüşler, ruh ve sinir hastalıkları uzmanlarının katılımı ile 1907 yılında toplanan Cenevre Kongresi'nde harareтли tartışmalar sonucu ortaya koyulan görüşlerdir. Burada birbiri ile çelişen iki görüş vardır. *Gilbert Balet* tarafından temsil edilmiş olan ilk görüşe göre, akıl hastası bakımından doktorun rolü sadece hastalığı teşhis etmek ve nitelendirmektir. Teşhis edilen bu hastalığın sorumsuzluk sonucunu doğurup doğurmayacağı, tıpla ilgisi bulunmayan felsefi bir meseledir. *Dr. Grasset* tarafından temsil edilmiş olan aksi görüşe göre ise, hekimin rolünü bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Failin fizyolojik sorumluluğunu takdir eden hekimin, aynı zamanda failin, işlediği suçtan dolayı sorumlu olup olmayacağını da, raporunda belirtmesi gerekir.

*Ŗensoy* ise, aktardığı bu iki görüşten ikincisine katılmaktadır. Yazara göre, uzman bir hekimin akli durumunu incelediği failin, işlediği suçtan dolayı sorumlu olup olmayacağı hususunda görüş bildirmemesi, bu teşhis ile ulaşılmak istenen amaç bakımından eksiklik teşkil edecektir. Zira teşhis edilmiş bulunan hastalık hakkında bilgi sahibi olmayan bir hâkimin, bu hastalığın failde bırakmış olduğu etkinin derecesini tayin etmesi olanaksızdır. Hâkimin, hekimin teşhisinden yola çıkarak sağlıklı bir sonuca varmasını beklemek doğru olmayacaktır ki bu düşünce bize göre de yerindedir. Fakat diğer taraftan da, hekim hem



hastalığın teşhisini koyar hem de bu doğrultuda şüpheli veya sanığın sorumluluğu noktasında da karar verirse, bu durumda da adeta hâkimin yerine geçerek sanık hakkında karar vermiş olacaktır. Bu problemin çözümü olarak, Şensoy'un<sup>302</sup> makalesinde yer verdiği üzere, işi sadece hekimlere bırakmanın sakıncalı olduğunu düşünen birtakım cezacıların önerisi dikkate alınabilir. Bu öneriye göre, hâkimlerle, ruh ve sinir hastalıkları uzmanları birlikte çalışmalı ve hâkimlerin de akıl hastalıkları konusunda belirli bir derecede bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Bunun, Hukuk Fakültelerinin müfredatına akıl hastalıkları ve çeşitlerine ilişkin zorunlu dersler koyulması suretiyle sağlanabileceği öne sürülmektedir. Bu, son derece faydalı olması muhtemel bir öneridir ve aynen Adli Tıp dersi gibi, hekimler tarafından verilen Ruh Sağlığı dersleri de Hukuk Fakültesi müfredatına dâhil edilmelidir. Fakat CMK m. 67/3'te bulunan "*Bilirkişi raporunda hâkim tarafından yapılması gereken hukuki değerlendirmelerde bulunamaz*" şeklindeki düzenlemenin, yukarıdaki görüşlerden ilkinin destekler nitelikte olduğu söylenebilir. Zira cezai sorumluluğun tayini, hukuki bir meseledir<sup>303</sup>. Fakat yine de, yukarıda da belirtildiği gibi, tıbbi teşhisten ayırt edilmesi zor bir hukuki meseledir. Dolayısıyla, bize göre, failde bir akıl hastalığının teşhisini yapan hekimin, bu kişinin sorumluluğu hakkında da değerlendirmelerde bulunması, salt hukuki bir değerlendirme niteliğini taşımaz. Zira sadece teşhis koyup, raporda bunu belirtmesi de bilirkişiden beklenemez.

Muhakkaktır ki bilirkişi, raporunda teşhisini koyduğu akıl hastalığının, fizyolojik ve psikolojik nedenleri, belirtileri, bu belirtilerin hareketlere etkileri, bu etkilerin doğurduğu sonuçlara da yer verecektir. Bu hususlara yer verilirken, "sorumluluk" bahsine ister istemez temas edilecektir. Kaldı ki, ileride açıklanacağı üzere, bilirkişi raporunun, hâkim üzerinde mutlak bir bağlayıcılığı da bulunmadığına göre, bize göre, bilirkişinin raporunda "sorumluluk" hususunda da görüş açıklamasında bir sakınca yoktur. Hâkim bu görüşü dikkate alıp almamakta serbest olduğuna göre, bilirkişinin adeta hâkimin yerine geçtiği yönündeki endişe bertaraf edilmiş olacaktır. *Taner* de bizim bu görüşümüz paralelinde bir düşünceyi benimser<sup>304</sup>.

---

<sup>302</sup> Şensoy, 183.

<sup>303</sup> Aynı görüşte: Yurtcan, 285: "Bilirkişinin görevi, genel tecrübe kurallarını bildirme, özel bilgi sahibi kişinin gözlemleyebileceği olguları tesbit ve özel bilgiyle bilimsel kuralları uygulayıp sonuç çıkarmakla sınırlıdır. Bu bakımdan bir bilirkişinin raporunda sanığın TCK'nın 32 nci maddesi anlamında akıl hastası olduğunu ve ceza sorumluluğunun bulunmadığını belirtmesi, hukuki bir değerlendirmedir ve yargıcın yetkisine girer."

<sup>304</sup> *Taner*, "Ceza Hukuku Umumi Kısım", 274: "Bizce, ehlihibre mütalaalarını neticede hakim takdir salahiyetini haiz olduğuna ve bunlarla bağlı bulunmadığına göre, kendisini tenvir edecek olan bu mütalaaların geniş ve şümüllü olmasında, bu itibarla raporda yalnız hastalığın teşhis ve tavsifi ile iktifa edilmeyerek cezai mesuliyet bakımından da mütalaa beyan edilmesinde herhalde çok fayda vardır."

*Malkoç*, bu fikre tamamen karşı çıkmaktadır. Yazar, Yargıtay'ın önüne gelen somut bir olayı örnek olarak göstermekte, kuvöze konmadığı için ölen bebek bakımından doktorun “kusurlu” olduğu yönünde bir tespiti bilirkişinin yapamayacağını belirtmektedir. Burada bilirkişinin belirlemesi gereken, sadece bebeğin kuvöze konması gerekip gerekmediği hususudur. Buna göre “kusur” konusunda karar verecek olan ise, hâkimdir.

*Yenerer Çakmut* da bu görüşe katılmaktadır. Yazar, bilirkişinin “kusur” gibi hukuki konularda fikir beyan etmeye yetkisi olmadığını, fikir beyan etse de zaten bunun hâkimi bağlamadığını belirtir<sup>305</sup>. TCK m. 32'nin gerekçesinde de, *Malkoç* ve *Yenerer Çakmut* tarafından kabul edilen bu görüşün benimsendiği görülmektedir<sup>306</sup>.

3) Bilirkişi raporunda bulunması gerektiği belirtilen üçüncü husus ise, şüpheli veya sanıkta bulunan hastalıkla ilgili olarak ne şekilde bir tedbir alınması gerektiğidir.

Yukarıda sayılan ve bilirkişi raporunda bulunması gereken tüm bu hususlar, hâkimin karara varmasında son derece önemli rol oynadığı için, her birinin açık ve anlaşılabilir bir dille anlatılması gerekir. Nitekim Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, Türkiye ile ilgili olarak önüne gelen pek çok dosyada özellikle adli raporların yüzeysel olduğunu ve amaca uygun olmadığını, raporlarda genel ifadelerle yetinildiğini belirtmiştir<sup>307</sup>. Bundan kaçınmak için, adli raporlar, konumuz bakımından ise, şüpheli veya sanığın akli durumunu değerlendiren adli raporlar, tamamiyle muayeneyi yapan hekimin belirlediği objektif bulgulara, konsültasyonlar ve tetkik sonuçlarının incelenmesi ile mesleki bilgileri ışığında yapacağı değerlendirmeye dayanmalı ve tarafsız olmalıdır. Ayrıca raporlar, resmi makamların istek yazısının altına yazılamamalı, ayrıca düzenlenmelidir. Yukarıda da belirtildiği gibi, raporun dili anlaşılır ve sade olmalıdır. Özellikle tıbbi kavramlar söz konusu olduğunda, kısaltmalardan kaçınılmalı ve mümkün olduğunca bu raporu değerlendirecek olan hâkimin anlayabileceği seviyeye inilerek açıklamalarda bulunulmalıdır. Gerekli formlar eksiksiz doldurulmalı, savcı ya da mahkeme tarafından konuya ilişkin olarak sorulmuş olan bütün sorulara cevap verilmelidir. Sorulmamış olsa da, adli soruşturmanın gidişatını etkileyebilecek

---

<sup>305</sup> V. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, 1191. Aynı görüşte, Tosun, 347: “Araştırmacının, itham konusu suç hakkında araştırma yapmanın kendisine ait bulunmadığını bilmesi lazımdır.”

<sup>306</sup> Güney, Niyazi/Özdemir, Kenan/Balo, Yusuf S., “Yeni Türk Ceza Kanunu”, Adil Yayınevi, Ankara 2004, 128: “Kişinin akıl hastası olup olmadığının tespiti ile, hastalığının algılama ve irade yeteneği üzerinde ne gibi etkilerinin olabileceğini, davranışlarını ne surette etkilediğini genel olarak belirleme, tıbbi bir konudur. Uzman bilirkişi bu hususu ortaya koyduktan sonra, akıl hastası olan kişinin somut olay açısından algılama ve irade yeteneğinin olup olmadığını, akıl hastalığının somut olay açısından kişinin bu yeteneklerini ne ölçüde etkilediğini normatif olarak belirleme görevi, hakime aittir.”

<sup>307</sup> Yenerer Çakmut, 1175.

durumlar da, raporda belirtilmelidir. Şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığı hususunda varılan sonuçlar gerekçeli olmalıdır<sup>308</sup>. Gereksiz olan ve açık olmayan bilirkişi raporlarına dayanılarak verilen hükümler, Yargıtay tarafından bozulmaktadır<sup>309</sup>.

### **1.8 Bilirkişi Raporunun Yetkili Mercie Sunulması**

Yukarıda, akıl hastalığına ilişkin olarak verilen bilirkişi raporunun içeriği konusunda bilgi verildikten sonra, bu bilirkişi raporunun sunumu hakkında düzenleme getiren CMK m. 67 hükmüne de değinmek gerekir. Bilirkişi raporu ve uzman mütalaası, CMK m. 67’de düzenlenmiştir. Söz konusu madde, raporun içeriğinde neler bulunması gerektiğinden ziyade, şekline yönelik düzenlemeler getirmiştir. Buna göre, incelemeleri sona eren bilirkişi, yaptığı işlemleri ve vardığı sonuçları açıklayan bir raporu, kendisinden istenen incelemeleri yaptığını ayrıca belirterek, imzalayıp ilgili mercie verir veya gönderir. Birden fazla bilirkişi mevcut ise ve bunlar, ortak sonuçlar hususunda fikir ayrılığına düşmüşlerse, raporda bu durumun gerekçeleri de ortaya koyulmalıdır. Söz konusu rapor, ilgililere de verilir veya gönderilir.

### **1.9 Duruşmada Bilirkişinin Dinlenmesi**

Bilirkişi raporu yazılıdır. Ancak kanunumuz, bilirkişinin duruşmada açıklama yapmasını da düzenlemiştir<sup>310</sup>. CMK m. 68’e göre, mahkeme her zaman duruşmada bilirkişinin dinlenmesine karar verebilir. Ayrıca, ilgililerin talebi üzerine de bilirkişi her zaman duruşmaya çağrılabilir. Yaptıkları açıklamalardan sonra, mahkeme başkanı veya hâkim, çekilmelerine izin vermedikçe, bilirkişiler duruşma salonunda kalırlar; salona teker teker alınıp birbirlerinden ayrı olarak dinlenmeleri zorunlu değildir (CMK m. 68/2).

CMK m. 201’de bilirkişiye doğrudan soru yöneltme imkânının sağlanması da bu çerçevede değerlendirilmelidir. Bu suretle, bilirkişinin raporu konusunda açıklamalar yapması ve karanlık noktaların açıklığa kavuşturulması mümkün kılınmıştır. Aynı şekilde, bilirkişinin

---

<sup>308</sup> Yenerer Çakmut, 1180.

<sup>309</sup> **Y. CGK., 18.11.1980, 1-323/364:** “Sanığın farik ve mümeyyiz olup olmadığı durumu için düzenlenen raporlarda, bilirkişinin hangi bulgulara dayanarak bu konuda karara vardığını belirtecek biçimde gerekçe göstermesi, düşüncelerin kuşku ve tereddüt doğuracak nitelikte olmaması gerekir.”

**Y. 1. CD, 30.10.1985, 3266/3702:** “Bilirkişi incelemesinin yeterli olup olmadığına karar verecek kişi hâkimdir. Adli tıp kurumu başkanının kişisel düşüncesine dayalı rapor kabul edilerek, sanığın akıl hastası olup olmadığına ilişkin olarak ortaya çıkan kuşklar giderilmeksizin karar verilmesi doğru değildir.”

<sup>310</sup> Hakeri/Ünver, 129.

dinlenmesinden sonra, katılana veya vekiline, savcıya, sanığa ve müdafisine, bunlara karşı bir diyeceklerinin olup olmadığının sorulması da (CMK m. 215), bu amaçla kabul edilmiştir<sup>311</sup>.

Ayrıca, duruşmada bilirkişinin raporuna ilişkin açıklamaların yapılması hususuna ilişkin bir düzenleme de, “Rapor, belge ve diğer yazıların okunması” başlığını taşıyan CMK m. 214’te vardır. Buna göre, “*Bir açıklamayı ve görüşü içeren resmi belge ve diğer yazılar ve fenni muayene ve doktor raporlarının okunmasından sonra gerekli görülürse belge ve diğer yazılar veya raporda imzası bulunanlar, açıklamada bulunmak üzere duruşmaya çağrılabilirler.*”

### 1.10 Bilirkişi Görüşünün Hukuki Niteliği

Bilirkişi görüşünün hukuki niteliği hususuna gelinecek olursa: Bilirkişinin ortaya koyduğu görüşün hukuki niteliği, doktrinde tartışmalı bir konudur. Tartışmaların çıkış noktası, CMK’da, bilirkişiye ilişkin düzenlemelere, yukarıda da belirtildiği üzere, “Tanıklık, Bilirkişi İncelemesi ve Keşif” başlığı altında yer verilmiş olmasıdır<sup>312</sup>. “Bilirkişi”nin, tanıklık ve keşif ile birlikte düzenlenmesi, bilirkişilik kurumu ve bilirkişi görüşünün hukuki niteliği bakımından görüş ayrılığına yol açmıştır. Kimi yazarlara göre bilirkişi görüşü, delil olarak nitelendirilmeli iken, diğer bazılarına göre ise “delil değerlendirme aracı” olarak görülmelidir<sup>313</sup>. Bu iki görüşten ortaya çıkan bir karma düşünceye göre ise, bilirkişi görüşü, bazen delil, bazen delil değerlendirme aracıdır, bazen ise her ikisinin birden özelliklerini taşır. Bu son görüşe göre, bilirkişi raporu, soyut olarak sorulan sorulara cevap verilmesi halinde, delilleri değerlendirme aracı; bir belirti delili anlamlandırıldığında ise delildir<sup>314</sup>.

CMK m. 62’nin gerekçesine bakıldığında ise, “*Bilirkişiliğin kendisi bir delil olmamakla birlikte, bilirkişi incelemesi sonucu elde edilen delil, iz, eser ve emare delildir. Başka bir deyişle bilirkişilik, delillere ulaşmak için bir araçtır. Bu hususlar göz önüne alınarak bilirkişi incelemesi ile ilgili hükümler bu Bölümde düzenlenmiştir*” şeklinde bir açıklama bulunduğu görülmektedir<sup>315</sup>. Her ne kadar, kanun gerekçelerinin bağlayıcılığı yok ise de, yukarıdaki ibare, bilirkişi görüşünün hukuki niteliği tartışmalarına yol gösterecek

<sup>311</sup> Hakeri/Ünver, 129.

<sup>312</sup> Yenerer Çakmut, 1141.

<sup>313</sup> Toroslu, Nevzat/Feyzioğlu, Metin, “Ceza Muhakemesi Hukuku”, Savaş Yayınevi, Ankara 2006, 195; Kunter/Yenisay/Nuhoğlu, 642; Erol, Haydar, “Adli Yargı İlk Derece Mahkemelerinde Ceza Yargılaması ve Uygulaması”, Ankara 2006, 144.

**Y. 1. CD, 01.03.1991, 391/559** (Erol, 666): “Bilirkişi düşüncesi delil değildir. Delil hakkında bir açıklamadır. Bir başka anlatımla delillerin değerlendirilmesi vasıtasıdır. Delil, bilirkişinin incelemesi gerekli olan şeydir...”

<sup>314</sup> Centel, Nur/Zafer, Hamide, “Ceza Muhakemesi Hukuku El Kitabı”, Beta Yay., İstanbul 2009, 192.

<sup>315</sup> www.kazanci.com.tr

niteliktedir. Buna göre, kanunkoyucunun, yukarıdaki görüşlerden, bilirkişi raporunun tek başına delil olmadığı ve fakat delil değerlendirme aracı olduğu görüşünü benimsediği söylenebilir.

Görüldüğü gibi kanunkoyucu, bilirkişi görüşünü tek başına delil olarak kabul etmemiş, fakat bilirkişi incelemesinden sonra elde edilen sonucu delil olarak kabul etmiştir. Konumuz açısından bakıldığında ise, uzman hekimin, şüpheli veya sanığın akli durumuna ilişkin yapılan incelemelerin kendisi delil sayılmayacaktır. Fakat uzman hekimin incelemesi sonucu verilen rapor, bir belge delili olarak kabul edilecektir. Bu türdeki bir delile “tıbbi delil” adı verilmektedir. Tıbbi deliller, doğa bilimlerinin hukuka uygulanması ile ortaya çıkan adli bilimler sayesinde elde edilmektedir. Böylece geçmişte yaşanan bir olay bilimsel yöntemlerle canlandırılmakta ve hukuk tarafından değerlendirilmesi olanaklı hale gelmektedir. Yapılan bu değerlendirme yargılama açısından önem taşıyan durumların ispatına hizmet etmektedir<sup>316</sup>.

Tıp alanındaki bilirkişilik konuları çeşitlilik göstermektedir. Bunların en başında da, ceza muhakemesinde kusur yeteneğinin psikiyatrik açıdan incelenmesi gelmektedir. Gerçekten de bu husus, yargılama için önem taşıyan, yargılamayı ve hükmü tamamen değiştirebilecek niteliktedir. Tıp alanındaki bilirkişilik, asıl olarak resmi bilirkişilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Hâkim, sağlık alanına ilişkin olarak bir sorunla karşılaştığında, özel ve teknik bilgiye sahip ve kanun tarafından belirlenmiş kişilere bilirkişi, olarak başvurmak zorundadır. Tıp alanındaki resmi bilirkişiler, Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu’dur. Ancak bu noktada dikkat edilmesi gereken bir özellik bulunmaktadır: Ortaya çıkan sorunun çözüme kavuşturulması için resmi bilirkişiye başvurmak ile söz konusu bilirkişinin raporuna bağlı kalmak ve bu rapora göre hüküm kurmak farklı olgulardır. Bugün için, üzerinde fikir birliği sağlanmış olan nokta, hâkimin, resmi de olsa bir bilirkişi tarafından verilen rapor ile bağlı olmadığıdır. Hâkim, elbette bilirkişi raporunu değerlendirmeye alacaktır, ancak orada ortaya konulanlarla kesinlikle bağlı değildir. Resmi bilirkişilik kurumlarının verdiği raporlar, kurum iç yapılanması içinde ilgili yasalarının gösterdiği süreçten geçerek sadece kurum için kesinlik kazanabilir. Ancak bu kesinlik, hâkim bakımından bir bağlayıcılık oluşturmaz<sup>317</sup>. Çok sayıda olmasa da, hâkimin, bilirkişi raporu ile bağlı olduğunu düşünen yazarlar da vardır. Örneğin, *Hafizoğulları* bunlardan biridir ve görüşünü şu şekilde ifade eder: “*Akil hastalığı hukuktan çok tıpla ilgilidir. Hâkim akıl hastalığını araştırırken, kanunun özel surette belirlediği bilirkişilik kurumuna gitmek zorundadır. Sonunda kararı kendisi vermekle birlikte, hâkim,*

---

<sup>316</sup> Yenerer Çakmut, 1156.

<sup>317</sup> Yenerer Çakmut, 1158, 1159.

*kanuni bilirkişinin kanaatiyle bağlıdır*<sup>318</sup>.” Yazarın bu görüşünün, pozitivist esaslara dayandığı söylenebilir. Zira bilirkişi raporu içerisindeki bilgiler, suçun maddi delillerini, izlerini tespit ve tayinde oldukça etkilidirler. Aynı zamanda bilirkişi raporu, diğer delillerin değerlendirilmesine de ışık tuttuğundan, bunun rolünün birinci dereceye yükseltilmesi istenmektedir. Hatta pozitivistler, sübut vasıtası olarak, bu tür bilimsel delillerin tek başına kabul edilmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir<sup>319</sup>.

*Taner* ise, bilirkişi incelemelerinin son derece önemli olmasına rağmen, bu önemin çok da abartılmaması gerektiği görüşündedir. Zira bütün bilimsel metotlara ve araştırmalara rağmen, bilirkişilerin de her zaman yanılma ihtimalleri vardır ve görüşlerinde her zaman kesinlik olduğu da söylenemez. Hatta farklı bilirkişilerin verdiği raporlar arasında zıtlıklar olması da, karşılaşılan bir durumdur. Dolayısıyla, diğer delillerde olduğu gibi, bilirkişi raporunda da hâkimlerin takdir yetkisi bakidir<sup>320</sup>. Vicdani delil sisteminin doğal bir sonucu olan bu takdir yetkisini kullanırken hâkim, çok dikkatli olmalıdır. Nihayetinde, kendi uzmanlık alanı olmayan bir konuyla ilgili meseleyi açıklığa kavuşturarak hüküm verecektir ve bu hükümde de bilirkişi raporunun etkisi büyük olacaktır.

*Özgenç* de, mahkemenin, bilirkişi raporu ile bağlı olmadığı görüşündedir. Yazara göre –ki çalışmamızın daha önceki kısımlarında yazarın bu görüşüne kısmen yer verilmişti– bilirkişinin verdiği rapor soyut ve genel nitelikli olmalıdır. Buna karşılık, somut olayda işlenen fiille ilgili olarak, kişinin bu akıl hastalığı nedeniyle algılama veya irade yeteneğinin etkilenmiş olup olmadığını, yani kusurlu olup olmadığını takdir yetkisine sahip olan, mahkemedir. Mahkeme bu değerlendirmeyi yaparken, uzman hekimler tarafından düzenlenen bilirkişi raporunun içeriğini göz önünde bulunduracaktır<sup>321</sup>.

*Malkoç* da, bilirkişi raporunun, mahkeme üzerinde bağlayıcılığı bulunmadığı görüşünü savunanlardır. Yazar da, *Özgenç* gibi, mahkemenin, bilirkişi raporuna dayanarak, kişinin kusurlu olup olmadığını takdir edeceği görüşünden yanadır. Mahkemenin takdiri özellikle, bazı eylemler için etkisi olmayabilen akıl hastalıkları ve zaman zaman ortaya çıkan akıl hastalıkları bakımından daha büyük önem taşır. Yargıtay’ın da, bu yöndeki görüşleri destekleyen kararları vardır<sup>322</sup>.

---

<sup>318</sup> Hafizoğulları, “İsnat Yeteneğini Azaltan veya Kaldıran Nedenler”, 4.

<sup>319</sup> *Taner*, 207.

<sup>320</sup> *Taner*, 207.

<sup>321</sup> *Özgenç*, 336

<sup>322</sup> **Y. CGK, 10.11.1980, 9-262/351** (Yurtcan, 297): “Hiçbir bilirkişi raporu, mahkemeyi bağlayacak nitelikte değildir. Ancak bu raporlara itibar edilmesi için, inandırıcı, gerçekçi ve oluşa uygun vakıalara dayanılmalıdır.”

Ayrıca, akıl hastası olduğu iddia edilen fail tarafından birden fazla suç işlenmiş ise, her suç için ayrı inceleme yapılması da, mahkemenin takdirini sağlıklı kullanabilmesi bakımından önem arz eder. Bilirkişi incelemesinin bu şekilde yaptırılmaması, bozma nedeni olmaktadır. Ağır nitelikli bir suçta kişinin akıl hastası olup olmadığına ilişkin olarak varılan sonuç, daha hafif suçtan inceleme yapılmasını engellememelidir. Örneğin, kleptomanın, hırsızlık suçunda kusuru yok denilse de, yağma suçu için ayrıca inceleme yapılmalıdır. Hatta kleptomaların hastalığı bazen, belirli birtakım eşyalara yönelik olabildiğinden, aynı failin birden fazla hırsızlık eylemi gerçekleştirdiği durumlarda, her biri açısından ayrı inceleme yapılması gerekebilir. Yargıtay'ın da bu görüşü destekler nitelikte kararları mevcuttur<sup>323</sup>. Bu kararlarda da vurgulandığı üzere, aynı kişinin, bir suç bakımından kusur yeteneğinin bulunmadığı sonucuna varılırken, bir diğeri bakımından kusur yeteneğinin bulunduğu ortaya çıkabilir. Zira yukarıdaki örneklerde de görüldüğü gibi her akıl hastalığı, bir kişinin her fiiline etkiye bulunmayabilir. Dolayısıyla, aynı kişinin suç teşkil eden her bir fiili bakımından ayrı bir inceleme yaptırılması zorunludur. Bu nedenle, toplumda bulunan yanlış kanının aksine, bir ruhsal bozukluğun etkisi ile suç işleyen ve ceza sorumluluğu olmadığı saptanan bir kişi için bu sonuç, ileride işleyeceği suçlar için de sorumsuz olacağı anlamına gelmez. Hatta, bir kişi için koyulan bir tanı, hastalığın farklı dönemleri bakımından, o kişi üzerinde farklı etkiler de doğurabilir. Bu bakımdan, sadece her suç için ayrı araştırma yapmanın da ötesinde, fiil esnasında, tanısı koyulmuş bulunan hastalığın hangi döneminde bulunduğu dahi belirlenmesi gerekir. Örneğin, duygudurum bozuklukları, şizofreni ve diğer psikozlar gibi ağır ruhsal bozukluklarda, muhtelif dönemler bulunabilir: Değişimlerin başladığı, ancak hastalık belirtilerinin tam olarak ortaya çıkmadığı “prodromal dönem”, hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı “aktif dönem”, belirtilerin birçoğunun kaybolduğu, ancak tam bir düzelmeye olmadığı “rezidüel dönem veya kısmi remisyon dönemi” ve hastalık öncesi fonksiyonların geri kazanıldığı “remisyon dönemi”. Suçun işlendiği sırada, kişinin bu dönemlerden hangisinin içinde bulunduğuna göre, ceza sorumluluğu tam, azaltılmış veya yok şeklinde değişiklik gösterebilir<sup>324</sup>.

---

<sup>323</sup> **Y. 4. CD, 13.12.2007, 6979/10853** (Malkoç, 263): “Akıl hastası olduğu ileri sürülen sanığın tehdit suçunun anlam ve sonuçlarını algılayıp algılayamadığı ya da davranışlarını yönlendirme yeteneğinde azalma olup olmadığı rapor alınarak araştırılmadan, yangın çıkarma suçundan dolayı alınan bilirkişi raporuna dayanılarak hüküm verilmesi...”

**Y. 11. CD, 22.6.2006, 1838/5834** (Malkoç, 268): “Sanık A.nın hükümden sonra dosyaya ibraz ettiği Bakırköy 4. Asliye Ceza Mahkemesince başka bir suçtan dolayı yapılan yargılaması sırasında Bakırköy Prof. Dr. M.O. Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi baştabipliğince düzenlenen cezai ehliyetinin bulunmadığına ilişkin 9.3.2005 tarihli rapor karşısında, 5237 sayılı kanunun 32. maddesi uyarınca, yüklenen suçlardan dolayı işlediği fiillerin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayıp algılamadığı veya bu fiillerle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin önemli derecede azalıp azalmadığı konusunda rapor alınıp, sonucuna göre hukuki durumunun değerlendirilmesinin gerekmesi...”

<sup>324</sup> Özkan/Hakeri, 9, 10.

Görüldüğü gibi, hem tıbbi hem de hukuki değerlendirme yapılmaktadır. Tespit ve sonuç çıkarma, hem uzman bilirkişiler hem de mahkeme tarafından yapılmaktadır. Tıbbi tespit ve değerlendirmelerin somut olaya etkisini ve bunun derecesini, hâkim belirleyecektir. Bilirkişinin görevi, durumu olduğu gibi açıklamak olup, kendi görüşüne göre; suçun nasıl işlendiğini ve değişken faktörlerin etkisi altında nasıl davranılmış olduğunu ayrıntılı ve anlaşılır bir üslup ile belirttikten sonra, hükmün tayin ve tespitini hâkime bırakmaktır<sup>325</sup>. Fakat şayet mahkemeler, kendilerinin yapması gereken değerlendirmeyi, bilirkişilere yaptırırlarsa, hem bilirkişilik kurallarına aykırı hareket etmiş, hem de yetkilerini bilirkişilere devretmiş olurlar. CMK m. 63 ve 67'ye aykırı hareket eden bilirkişilerin, TCK m. 257 uyarınca sorumlu olmaları gündeme gelebilir<sup>326</sup>.

## **2. Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri**

### **2.1 Güvenlik Tedbiri Kavramına İlişkin Genel Bilgiler**

Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin açıklanmasına geçmeden evvel, genel olarak “güvenlik tedbiri” kavramından, bunun tanımı, özellikleri, uygulanma koşulları gibi hususlardan bahsetmekte fayda vardır.

Ceza hukukunda “iki izlilik” prensibinin sonucu olarak yaptırımlar, cezalar ve güvenlik tedbirleri olarak ikiye ayrılırlar. Güvenlik tedbiri, Anayasa Mahkemesi'nin tanımına göre<sup>327</sup>, suç karşılığı olarak ve suçludaki tehlikelilik haliyle orantılı bir biçimde hükmedilen ve esas itibarıyla suça ve suçluya karşı toplumun savunmasına yönelmiş bulunan yaptırımdır<sup>328</sup>. Anayasa Mahkemesi'nin güvenlik tedbirlerine ilişkin tanımı bu şekilde olmakla birlikte, hukukumuzda ve karşılaştırmalı hukukta yapılan birçok farklı tanım olduğu bilinmektedir.

Tüm bu tanımların ortak noktası ise, güvenlik tedbirlerinin suçlunun tehlikelilik haline bağlı ve onunla orantılı olduğu ve suçlunun sosyalleştirilmesi, iyileştirilmesi yoluyla toplumun korunmasına hizmet eden yaptırımlar olduğu hususudur. Güvenlik tedbirleri, yaptırımlar sisteminde cezaları tamamlayan yaptırımlardır. Çünkü cezanın uygulanmadığı veya uygulanırsa bile yetersiz kaldığı hallerde uygulanırlar<sup>329</sup>. Kusurun derecesi ile orantılı olarak uygulanması gereken cezalar, her zaman ceza hukukundan beklenen önleme görevini yerine

---

<sup>325</sup> Yerli, 22.

<sup>326</sup> Malkoç, 259.

<sup>327</sup> AYM, E. 1970/42, K. 1971/30, RG. 23.11.1971/14021.

<sup>328</sup> Nuhoğlu, 193.

<sup>329</sup> Nuhoğlu, 194.



getiremezler; işte bu durumlarda, tek amaçları fiil ve failin kişiliğinden kaynaklanan tehlikelilik halinin önlenmesi olan, failin eğitilmesi, tedavi edilmesi veya koruma altına alınması suretiyle yapılan “güvenlik tedbirleri” adı verilen müdahaleler ile cezanın tamamlanması gereklidir<sup>330</sup>. Güvenlik tedbirleri, sadece akıl hastalarının veya küçüklerin durumunda olduğu gibi kusur yeteneği bulunmayan kişiler bakımından değil, işlediği suçta kusurlu olan kişiler hakkında da uygulanabilmektedir. Bu kişiler hakkında, haklarında hükmedilmiş cezanın yanı sıra bir de güvenlik tedbiri uygulaması yapılmış olabilir (müsadere ve belirli haklardan yoksun bırakılmada olduğu gibi), ya da bu kişilere ceza yerine güvenlik tedbiri uygulanmış olabilir. Bunlardan ilkinde “iki yaptırımlı sistem”, ikincisinde ise “tek yaptırımlı sistem” denildiği görülmektedir. Ceza ve güvenlik tedbirlerinin hukuki niteliğinin farklı olması nedeniyle, bir suç bakımından bir faile her ikisinin birden uygulanması, “non bis in idem” kuralını ihlal etmez<sup>331</sup>.

## 2.2 Güvenlik Tedbirlerinin Hukuki Niteliği

Güvenlik tedbirlerinin hukuki niteliği konusunda doktrinde ve yargı kararlarında farklı görüşler mevcuttur. Özellikle, güvenlik tedbirlerinin idari bir yaptırım mı yoksa bir ceza hukuku yaptırımı mı olduğu hususu tartışılmaktadır. Söz konusu tartışma çerçevesinde, doktrinde birçok yazar<sup>332</sup>, Anayasa Mahkemesi’nin 1970 tarihli bir kararına atıfta bulunmaktadır. Söz konusu kararda, AYM tarafından güvenlik tedbirlerine ilişkin detaylı bir inceleme yapılmış ve mahkeme güvenlik tedbirlerinin hukuki niteliği konusundaki fikrini de ortaya koymuştur. Buna göre AYM, güvenlik tedbirlerinin bir ceza hukuku yaptırımı olduğunu kabul etmektedir:

*“Diğer yönden emniyet tedbirleri dahi, hükmedilişleri bakımından yargısal bir nitelik gösterirler. Çünkü, bunlar, ancak faillerin bir suçu işledikleri yargısal yollarla saptandıktan sonra hüküm altına alınabilir. Demek ki, emniyet tedbirlerinin hükmedilip uygulanması, suç teşkil eden bir eylemin işlendiğinin saptanmasına bağlıdır. Bu nedenle, henüz suç işlememiş ve fakat geçirdikleri hayat tarzı itibarıyla toplum için tehlike halinde bulunan kişiler hakkında dahi emniyet tedbirlerinin uygulanmasını öngören düşüncelere çağdaş ceza hukukunda itibar edilmemiştir. Ancak bu çeşit emniyet tedbirleri, birer kolluk tedbiri olarak inceleme ve uygulama konusu yapılmaktadır<sup>333</sup>.”*

---

<sup>330</sup> Demirbaş, 565.

<sup>331</sup> Nuhoğlu, Ayşe, “Ceza Hukukunda Emniyet Tedbirleri”, Ankara 1997, 143.

<sup>332</sup> Nuhoğlu, Demirbaş, Çolak/Altun.

<sup>333</sup> AYM, 09.03.1971 T., 1970/42 E., 1971/30 K. sayılı kararı (www.anayasa.gov.tr, 22.05.2009).

Görüldüğü gibi AYM, güvenlik tedbirlerinin yargısal bir nitelik taşıdıklarını zira bunlara ancak suç teşkil eden bir fiilin işlenmesinden sonra başvurulduğunu ortaya koymuştur. Bu bakımdan güvenlik tedbirleri bir ceza hukuku yaptırımıdır ve yine AYM'ne göre, bunlar hakkında "kolluk tedbiri" şeklinde bir nitelendirme yapılması yanlıştır. Zira bunlar ancak bir kişinin suç teşkil eden bir fiili işlediğinin sabit olması üzerine uygulanan tedbirlerdir. Dolayısıyla bir mahkûmiyet hükmünü gerektirir ve ancak bundan sonra uygulanırlar. Fakat YCGK, bir kararında akıl hastanesine yatırılma tedbirinin bir mahkûmiyet hükmü olmadığı fikrini savunarak, AYM'ninkinden farklı bir görüş ortaya koymuştur. Her ne kadar söz konusu kararda YCGK, sanığa, akıl hastanesine yatırılma tedbirinin uygulanmış olmasını bir mahkûmiyet hükmü olarak görmemiş ise de, bu karara karşı oy kullanan üyeler, doktrinde bunun mahkûmiyet hükmü sayıldığını, birtakım yazarlara (*Kunter, Yurtcan, Öztürk*) atıfta bulunmak suretiyle ifade etmişlerdir<sup>334</sup>.

### **2.3 Güvenlik Tedbirlerinin Çeşitleri**

Doktrinde<sup>335</sup> ve buna paralel olarak yukarıda atıfta bulunulan AYM kararında, güvenlik tedbirlerinin üç çeşidi olduğu kabul edilmiştir. Bunlar:

- 1) Hürriyeti Sınırlayan Güvenlik Tedbirleri (İtiyadi alkoliklerin tedavi maksadıyla gözaltı edilmeleri, akıl hastanesine yatırılma, yabancıların sınır dışı edilmeleri gibi)
- 2) Haklardan Yoksun Kılan Güvenlik Tedbirleri (Siyasi haklardan yoksun kılınma, bir meslek veya sanatın icrasının yasaklanması gibi)
- 3) Diğer tedbirler (Hükmün ilanı gibi)

Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri, bunlardan ilkinin kapsamına girmektedir.

### **2.4 Akıl Hastalarına Özgü Güvenlik Tedbirleri**

Ceza sorumluluğu olmayan akıl hastaları hakkında sosyal savunma tedbirleri alınması, ceza hukukunda kuraldır. Akıl hastaları hakkında hem tedavi hem de muhafaza amacını güden tedbirler uygulanır. Tedbirler, bu amaçlara hizmet edecek kurumlarda uygulanır<sup>336</sup>.

Akıl hastalığı, bir hukuka uygunluk nedeni değildir. Fail, akıl hastalığı nedeniyle işlemiş olduğu fiilin anlam ve sonuçlarını algılayamamakta ise işlediği fiilden dolayı ceza verilmez. Buna göre, akıl hastalığı, eylemi hukuka uygun hale getirmemektedir. Akıl hastalığı failin ceza sorumluluğunu yani kusurluluğunu ortadan kaldıran bir durumdur. Bu nedendir ki

---

<sup>334</sup> YCGK., 25.04.1994, 1-91/116. (www.kazanci.com.tr, 22.05.2009)

<sup>335</sup> Dönmezer/Erman, C.II, 573; Çolak/Altun, 770.

<sup>336</sup> Dönmezer, 321.

faile ceza verilememekle birlikte, hakkında güvenlik tedbirine hükmedilebilmektedir<sup>337</sup>. Kusur yeteneği bulunmayan failin işlediği hukuka aykırı fiil nedeniyle cezalandırılabilmesi mümkün değildir. Çünkü “kusursuz ceza olmaz” (nulla poena sine culpa) ilkesi, ceza hukukunun temel ilkelerinden biridir. Ancak, ceza kanunlarınca cezalandırılan bir fiili işleyen akıl hastasının serbest bırakılması da, hem toplumun menfaatleri hem de kendi menfaatleri bakımından mahzurludur. Bunun neticesi olarak, genel bir tehlike yaratmış olan akıl hastası mevzuunda bazı tedbirler alınması zorunlu görülmüştür<sup>338</sup>. Zira böyle durumlarda fiilin hukuka aykırılık niteliği devam ettiği için, faile tehlike haliyle orantılı ve sosyal savunma amacına yönelik tedbirlerin hükmedilmesi gereklidir. Kusur yeteneğine sahip olmayan küçükler ve akıl hastaları hakkında uygulanan güvenlik tedbirleri bakımından da kanunilik ilkesi geçerlidir<sup>339</sup>.

Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerini almak ve sonrasında akıl hastalarını serbest bırakmak kararlarını verme bakımından hangi merciin yetkili olduğu konusunda, üç sistem vardır. *Adli sistemde*, akıl hastaları hakkında tedbirler almak ve bunları serbest bırakmak yetkisi, adli makama verilmiştir. Çoğu ülkeler (Belçika, Rusya, İspanya, Polonya, İsviçre, İngiltere, vs.) bu sistemi benimsemişlerdir. *İdari sistemde*, akıl hastası suçlular hakkında tedbirler almak ve bunları serbest bırakmak yetkisi, doğrudan doğruya idari makamlardadır<sup>340</sup>. Bu sistemde, suçlu akıl hastasının hastalığı ve sorumsuzluğu konusunda adli yargı tarafından bir karar verildikten sonra, adli makamların yetkisi son bulur. Bu sisteme örnek olarak, 1867 tarihli Belçika Ceza Kanunu, İsveç ve Macaristan Ceza Kanunları gösterilebilir<sup>341</sup>. *Karma sistemde ise*, tedbire hükmetme yetkisi yargı makamının, serbest bırakma yetkisi ise idari makamlarıdır. Örneğin İtalya’daki durum budur. Bizde, aşağıdaki açıklamalarda da görüleceği üzere, adli sistem geçerlidir.

Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri, YTCK m. 57’de düzenlenmiş bulunmaktadır. Bu madde uyarınca, fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir<sup>342</sup>. Söz konusu madde şu şekildedir:

“(1) Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.

---

<sup>337</sup> Malkoç, 257.

<sup>338</sup> Şensoy, 186.

<sup>339</sup> Demirbaş, 565; Çolak /Altun, 764.

<sup>340</sup> Apaçık, 117.

<sup>341</sup> Kuyu, 119; Şensoy, Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası Mevzuunda Kollokyum, İstanbul 1958, 54.

<sup>342</sup> Öztürk, Bahri / Erdem, Ruhan, “Uygulamalı Ceza Hukuku ve Güvenlik Tedbirleri Hukuku”, Seçkin, Ankara 2008, 331.

(2) Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.

(3) Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbî kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

(4) Tıbbî kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.

(5) Tıbbî kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.

(6) İşlediği fülle ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenliğin sağlandığı sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

(7) Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilir.”

Yukarıda, akıl hastalığının 765 s. TCK ve 5237 s. TCK’da düzenleniş şeklinin açıklandığı kısımlarda, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine ilişkin açıklamalara da yer verilmiş olmakla birlikte, bunların ayrı bir başlık altında ve yukarıdaki madde metnine göre incelenmeleri yerinde olacaktır.

5237 s. TCK,’nın akıl hastaları konusunda 765 s. TCK’dan daha ayrıntılı bir düzenlemeye yer verdiği görülmektedir. Ayrıca, 765 s. TCK’da akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri, akıl hastalığını düzenleyen 46 ve 47. maddelerde düzenlenmiş iken, 5237 s. TCK’da, akıl

hastalığını düzenleyen 32. maddeden ayrı olarak, “Güvenlik Tedbirleri” başlığını taşıyan İkinci Bölüm’ün altında düzenlenmiştir<sup>343</sup>.

#### **2.4.1 Tedavi Tedbiri ve Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumu**

##### **Kavramı**

YTCK m. 57/1’de, fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişinin koruma ve tedavi amaçlı olarak, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında tedavi altına alınacakları belirtilmiştir<sup>344</sup>. Böylelikle bu fıkra da akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerinin temel şekli belirlenmiş olmaktadır: Akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında tedavi altına alınacaktır. Burada uygulanan güvenlik tedbiri ile toplumun ve ailesinin akıl hastalarına karşı korunmasının yanı sıra, akıl hastasının tedavi edilmesi edilmesinin de amaçlanması gerekmektedir. Bu açıdan akıl hastalarına yönelik güvenlik tedbiriyle sadece koruma veya tedavi amacı güdülemez<sup>345</sup>. Suç işlemiş olan akıl hastası, toplum açısından arz ettiği tehlikelilik durumu dolayısıyla yüksek güvenlikli bir sağlık kurumuna yerleştirilir. Doktrinde veya yargı kararlarında “yüksek güvenlikli sağlık kurumu”ndan ne anlaşılması gerektiği hususu üzerinde durulmuş değildir.

*Şensoy*’un, oldukça eski tarihli ve yukarıda da muhtelif yerlerde tarafımızdan atıfta bulunulan makalesinde, bu hususa ilişkin açıklamalar bulunmaktadır<sup>346</sup>. Her ne kadar makalede eski tarihli Kanunlar ve uygulamalara göre açıklamalar yapılmakta ise de, bu konudaki sistemler hakkında genel olarak bilgi edinilmesi bakımından yol göstermektedir. Buna göre, suç işlemiş akıl hastasının, hakkındaki tedbirin uygulanmasının nasıl bir müessesede yapılacağı hususunda, muhtelif ülkelerde farklı usuller belirlenmiş durumdadır. Fransa’nın dâhil olduğu birinci sisteme göre, suç işlemiş akıl hastası, hakkındaki tedbirin uygulanması konusunda, sıradan akıl hastalarının bulunduğu kurumlara gönderilir. İngiltere, ABD, İtalya gibi birtakım ülkelerde uygulanan ikinci sistemde, akıl hastası suçlular, sıradan akıl hastalarının bulunduğu kurumlardan tamamen ayrı ve sadece suç işleyen akıl hastalarına özgü olan kurumlara yerleştirilirler. Belçika ve İsviçre gibi diğer bazı ülkelerin uyguladığı üçüncü sisteme göre ise, suç işlemiş olan akıl hastaları, sıradan akıl hastalarının bulunduğu kurumlarda kendileri için ayrılan özel bölümlerde ya da, ıslah kurumlarının veya cezaevlerinin kendilerine ayrılan özel bölümlerinde tedavi görürler. Yazar, bunlardan birinci

<sup>343</sup> Yurtcan, Erdener, “Yeni Türk Ceza Kanunu”, İstanbul Barosu Yay., İstanbul 2004, 109.

<sup>344</sup> **Y. 2. CD, 17.07.2007, 5066/10887**: “5237 sayılı TCK.nun 32/1. maddesi gereğince hakkında ceza tertibine yer olmadığına karar verilen sanık hakkında aynı madde gereğince güvenlik tedbirlerine hükmedilmesi gerektiğinin gözetilmemesi...”

<sup>345</sup> Özgenç, 697.

<sup>346</sup> Şensoy, 188, 189.

sistemin birtakım sakıncaları olduğu kanaatindedir. Zira suç işlemiş akıl hastalarına ayrı türde bir ihtimam gösterilmesi gerekliliği vardır ve bu da ancak normal akıl hastanelerinin özel kısımlarında veya özel adli akıl hastanelerinde sağlanabilir. Ayrıca, sıradan akıl hastaları ile suç işlemiş akıl hastalarının bir arada bulundurulmasının, sıradan akıl hastalarının yakınlarında birtakım endişelere sebebiyet vereceği de şüphesizdir.

Türkiye'deki uygulamaya bakıldığında, ilk olarak akla gelen kurum Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları hastanesidir. Suç işlemiş olan akıl hastaları, hastanenin "Adli Psikiyatri" servisinde tedavi görürler. Burada suç işlemiş akıl hastaları, diğer akıl hastalarından ayrı olarak tedavi edilirler. Dış güvenlik, hastanın kaçmasını, kliniğe girmesinde sakınca olan kişilerin ve maddelerin girmesini önlemeye yöneliktir. İç güvenlikle kastedilen hastaların birbirlerine ve kendilerine zarar vermelerini önlemektir. Görüntüleme ve izleme sistemleri, fiziksel engeller ve tecrit odaları iç güvenlikle ilişkilidir. Suç işleyen hastaların tedavisi psikiyatri kliniklerindeki gibidir. Ayrıca tehlikeli hastaların iç görüş kazanması ve rehabilitasyonuna yönelik metotlar tedavinin bir parçasıdır. Son yıllarda adliye makamlarıyla ilişkileri olan hastaların sayısında artış dikkati çekmektedir. Toplumun güvenliği ve hastaların sağlığı için özel, güvenilir kliniklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bunların başında adli psikiyatri servisleri gelir. Bu servise yatırılması gereken hastaların işledikleri suçlar çeşitli olabilir. Bu suçların şiddet derecesi, hastalığın ağırlığı, gelecekteki potansiyel suç riski göz önüne alınır. Buradaki amaç suçlu hastayı çevreden, hedeften uzak tutmak ve tedavi etmektir. Suç işlemiş hastaların hastaneden çıkarılma oranı düşüktür. Yeni yasa yüksek güvenli yargı hastaneleri kurulmasını öngörmektedir. Ancak, bu kurumlar henüz faaliyete geçmemiştir<sup>347</sup>.

Bilindiği gibi, ülkemizde "akıl hastası" denildiğinde akla gelen ilk kurum Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'dir. Hastanenin tarihinin 1920'li yıllara kadar gittiği görülmekle birlikte, Bakırköy'deki yerinde hizmet vermeye başlaması, 1950 yılında söz konusu olmuştur. Suç işleyen akıl hastaları bakımından da çok büyük oranda bu hastaneye başvurulduğu görülmektedir.

Ülkemizde suç işlemiş akıl hastası kişilere uygulanan tedavi tedbirinin uygulanış şekli hakkında bilgi vermek adına, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin Adli Psikiyatri Servisi'nin yapısından kısaca bahsetmek yerinde olacaktır. Hastanenin Adli Psikiyatri Kliniğinin adı, "Adli Psikiyatri Eğitim ve Araştırma Birimi"dir.

---

<sup>347</sup> İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Balcıoğlu, İbrahim /Memetali, Seyfi / Rozant, Raket, "Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar", Sempozyum Dizisi No: 62, Mart 2008, 271.

Adli Psikiyatri Eğitim ve Araştırma Birimi, Özel Dal Polikliniği ve toplam 389 yatak kapasitesi olan değişik işlevler üstlenmiş 7 adet yataklı servisten oluşmaktadır.

Birim, yaklaşık 25 milyon nüfustan oluşan İstanbul ve Ankara dâhil toplam 17 ile adli psikiyatri hizmeti vermektedir. Birim içinde yürütülen eğitim ve araştırma, bilirkişilik, tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları klinik şefinin yönetimi ve denetimi altında iki şef yardımcısının dönüşümlü olarak yardımıyla, uzmanlar arasında 4 aylık periyotlarla dönüşümlü olarak sürdürülmektedir. Birim içerisinde bulunan 7 adet yataklı servis ise şu şekildedir<sup>348</sup>:

1) Tutuklu Servisi: 42 erkek, 8 kadın olmak üzere toplam 50 yataklı tutuklu servisinde dış güvenlik Jandarma, iç güvenlik infaz koruma görevlilerince sağlanmaktadır.

1 uzman, 4 asistan, 1 psikolog, 6 hemşire/sağlık memuru, 1 tıbbi sekreterin görev yaptığı bu serviste tutuklu ve hükümlülerin psikiyatrik muayene, gözlem ve tedavileri sağlanmakta ayrıca yatan hastaların yaklaşık %40'ı için bilirkişilik raporu düzenlenmektedir.

2) Mazhar Osman Servisi: 28 yataklı açık ve 26 yataklı kapalı olmak üzere iki bölüm ve toplam 54 yataklı bu serviste 2 uzman, 4 asistan, 1 psikolog, 1 sosyal çalışmacı, 10 hemşire/sağlık memuru ve 1 tıbbi sekreter görev yapmaktadır.

Bu servis mahkemeler tarafından Koruma ve Tedavi altına alınmasına karar verilmiş suç işlemiş erkek hastalar için Koruma ve Tedavi programının birinci istasyonudur.

Ayrıca tutuksuz yargılanan ve tıbbi izolasyonu gerekmeyen suçlularla, hukuk mahkemeleri nedeniyle gözlem altında incelenmesi istenen ergin erkeklerin bilirkişilik işlemleri bu servisin açık bölümünde yerine getirilmektedir.

3) Akut Koruma ve Tedavi Servisi: Koruma ve Tedavi programı uygulanan erkek hastalar için ikinci istasyon olan bu servis kapalı ve korumalı olup 40 yataklıdır. 1 uzman, 4 asistan ve 6 hemşire/sağlık memurunun görev yaptığı bu serviste hastalık tablosu kontrol altına alınıp, her hastaya özgü tıbbi tedavi programı oluşturulması amaçlanır.

4) Dr. Zati Dokuz Kapalı Koruma ve Tedavi Servisi: Akut koruma ve tedavi servisinden sonra üçüncü istasyon olan bu servis kapalı servis olup, 116 yataklıdır. 1 uzman, 2 asistan, 10 hemşire/sağlık memuru, 1 tıbbi sekreter ve 1 rehabilitasyon görevlisinin görev aldığı bu serviste Koruma ve Tedavi programında tıbbi tedavilere ek olarak grup ve uğraşı tedavileri de uygulanmaktadır.

---

<sup>348</sup>[http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/brsh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=170&Itemid=177](http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/brsh/index.php?option=com_content&view=article&id=170&Itemid=177), 12.07.2009.

5) Kronik Kapalı Koruma ve Tedavi Servisi: 1 uzman, 1 asistan, 6 hemşire/sağlık memuru ve 1 rehabilitasyon görevlisinin görev yaptığı bu servis 45 yataklı olup tedaviye dirençli, tekrarlayan suçları dolayısıyla tehlikelilik riski olan koruma ve tedavi kararlı erkek hastalar için son istasyondur. Bu serviste de medikal tedaviler yanında grup ve uğraşı tedavileri uygulanmaktadır.

6) Dr. Adil Üçok Rehabilitasyon ve Readaptasyon Servisi: 52 yataklı açık serviste hastalıkları ve hastalık belirtileri tedavi ile denetim altına alınmış ya da iyileşmiş suçlu erkek hastaların toplumsal yaşama yeniden dönmelerini sağlayacak uğraşlar ve tedaviler uygulanmaktadır. Çıkarılması planlanan hastalar, koruma ve tedavi programının son istasyonu olan bu serviste kontrollü bir şekilde toplum içinde yaşam becerilerini kazanırlar.

1 uzman, 1 asistan, 1 psikolog, 5 hemşire/sağlık memurunun görev yaptığı serviste tıbbi tedavilere ek olarak grup ve uğraşı tedavileri de uygulanmaktadır.

7) Dr. Cihat Atasev Kadın Servisi: Gerek ceza mahkemelerinden gönderilen tutuklu olmayan gerekse hukuk mahkemelerinden gönderilen tüm kadın adli olguların gözlemi, koruma ve tedavileri, rehabilitasyon ve readaptasyonlarının sürdürüldüğü 32 yataklı bu serviste 1 uzman, 2 asistan, 1 psikolog, 5 hemşire/sağlık memuru, 1 tıbbi sekreter ve dönüşümlü olarak 2 rehabilitasyon görevlisi görev yapmaktadır.

Görüldüğü gibi, Adli Psikiyatri kliniğinde, aşamalı ve dereceli bir tedavi uygulanarak akıl hastası hükümlülerin iyileştirilmesine çalışılmaktadır. Söz konusu iyileşmenin gerçekleşmeye başladığı görüldüğü andan itibaren de toplum içinde yaşama becerilerinin yeniden kazandırılmasına yönelik çalışmalara başlanmaktadır. Bu tedavi ve rehabilitasyon şeklini değerlendirmek bir hukukçunun görevi olmasa da, ilk bakışta verimli bir metot gibi görünmektedir.

Tedavi tedbirinin uygulanacağı yere ilişkin olarak, şunu da belirtmek gerekir ki, tedbir kararında, hükümlünün koruma tedavi altına alınacağı yer, gösterilemez. Bu konudaki yetki infaz savcısına aittir: *“Akıl hastası olan hükümlünün koruma ve tedavi altına alınmasına karar verilmesi ile yetinilmesi gerekirken, Cumhuriyet savcısının infaz yetkisini kısıtlayacak biçimde belirli yer gösterilerek hüküm kurulmasında isabet görülmemiştir”*

**(Y. 11. CD, 26.11.2005, 14353)<sup>349</sup>.**

---

<sup>349</sup> Hakeri, 147.



## 2.4.2 Yüksek Güvenlikli Sağlık Kurumuna Yatırılan Akıl Hastası Suçlunun Serbest Bırakılması

YTCK m. 57/2'ye göre, hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığı, yerleştirildiği sağlık kurulunca düzenlenen rapor ile tespit edildiğinde mahkeme veya hâkim kararıyla serbest bırakılabilecektir.

Bu fıkra, doktrinde son derece yerinde bir düzenleme olarak görülmekte ve olumlu eleştiriler almaktadır. Gerçekten de, 765 s. TCK'da tedavi süresi, iyileşmeye kadar devam etmek durumunda idi ve ağır cezayı gerektiren suçlarda bu süre bir yıldan az olamamakta idi. Her iki durum da eleştirilmekte idi. İyileşmeye kadar tedavi kurumunda tutulma şeklindeki düzenleme yerinde değildi zira birçok akıl hastalığının tam anlamıyla iyileşmesinin söz konusu olmayacağı bilinmektedir. Bu durumda bir akıl hastasının ömür boyunca akıl hastanesinde kalması söz konusu olabilmekte idi ki bu insan haklarına aykırı bir durum arz etmekte idi. Nitekim AİHM de, Winterwep/Holl kararında, akıl hastalığı nedeniyle kişi özgürlüğünü kısıtlayıcı önlemlerin ancak kişinin başkalarına veya kendine zarar verebileceği ihtimali dâhilinde kabul edilebilir olduğunu, akıl hastasının toplum açısından tehlikeliliğinin kalkması halinde, tedbir uygulamasının gerekçesinin kalmayacağını, kişiyi zorla iyileştirmenin ise amacı aşan bir durum olduğunu, bu sebeple kişinin özgürlüğünden mahrum bırakılmayacağını belirtmiştir<sup>350</sup>. Dolayısıyla, yeni düzenleme, AİHM içtihatlarına da uygundur. Yargıtay da, yeni düzenlemeye uygun şekilde kararlar verilmesine özen göstermektedir: *“TCK m. 57 uyarınca, sanığın yüksek güvenlikli bir sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınması, yerleştirildiği sağlık kurulunca düzenlenecek raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirlenmesi halinde hâkim kararıyla serbest bırakılmasına karar verilmesi gerekirken, 57. maddenin metninde yer almayan ‘iyileşme’ koşuluna bağlı tutularak karar verilmesi yasaya aykırıdır”*<sup>351</sup>.

Aynı şekilde, 765 s. TCK'da, suç işleyen akıl hastasının ağır cezayı gerektiren suçlarda en az bir yıl tedavi kurumunda tutulması şeklindeki gereklilik de benzer sebeplerle eleştirilmekteydi. Zira bu durum, ilk olarak güvenlik tedbirlerinin temel niteliği olan “sübjektiflik” ile çelişmekte idi. Güvenlik tedbirleri, her bireyin kişisel özelliklerine göre uyarlanmakta ve bu şekilde kişinin topluma sağlıklı bir şekilde yeniden kazandırılması amacını taşımaktadır. Hâlbuki bir yıldan az bir sürede iyileşmesi söz konusu olan kişinin her

<sup>350</sup> Nuhoğlu, 200, dn.15.

<sup>351</sup> Hakeri, 401.

halükarda bir yıl doluncaya kadar tedavi kurumunda tutulması, yaptırımını adeta güvenlik tedbiri olmaktan çıkarıp ceza haline getirmekte idi. Dolayısıyla, 5237 s. TCK'nın bu konudaki düzenlemesi isabetli olmuştur. Fakat yine de bu düzenlemenin dahi birtakım sakıncaları olduğu ifade edilmektedir. İhtiyaca yetmeyen hastanelerden akıl hastalarının daha çabuk ve kolayca bırakılmaları tehlikesi ortaya çıkabilir. Zira bazı akıl hastalıklarının hiç iyileşmediği bilinmektedir. Buna rağmen, bunların yukarıdaki gerekçelerle serbest bırakılarak topluma zarar vermeleri mümkündür<sup>352</sup>.

Güvenlik tedbirinin süresi açısından asgari bir süre öngörülmemesi, toplum açısından riskli bir düzenleme görünümündedir. Unutulmamalıdır ki, bu kapsamdaki bir şizofrenin sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığı veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine ertesi gün mahkemece salıverilmesi mümkün olmaktadır<sup>353</sup>. Hatta bu konuya ilişkin olarak verilmiş bulunan bir Danıştay kararı vardır. Söz konusu kararda Danıştay, güvenlik yönünden risk oluşturabilecek bir hastalığa yakalanmış olan hastayı, "sosyal salah" (sosyal iyileşme) ile taburcu eden hastaneyi, hastanın yaşadığı yerdeki güvenlik birimlerini bilgilendirmediği için "ağır hizmet kusurlu" saydı.

Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde 12 kez "kronik psikoz" tanısıyla tedavi altına alınan ve sonrasında "sosyal salah" ile taburcu edilmesine karar verilen M. H. Ö, taburcu olduktan 10 gün sonra Uğur K. adlı kişiyi bıçaklayarak öldürdü. Uğur K.'nın ailesi, uğranılan zararın olay tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte ödenmesi istemiyle dava açtı.

Malatya İdare Mahkemesi, "iyileşme olanağı bulunmayan 'kronik psikoz' hastalığı nedeniyle 1991 yılından bu yana 12 kez hastaneye yatışı yapılan akıl hastası bir kişinin idarece tedavi, kontrol ve gözetim altında tutulması gerektiğinden sosyal salah bulunduğu gerekçesiyle taburcu edilmesi sonucu ölüme sebebiyet vermesinde davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğu açık olduğuna işaret ederek, ölen kişinin ailesine maddi ve manevi tazminat ödenmesine" hükmetti. Davalı Sağlık Bakanlığı ile tazminatı az bulan aile, İdare Mahkemesi kararını temyiz etti. Temyiz istemini görüşen Danıştay 10. Dairesi, idare mahkemesi kararını onadı. Davalı Bakanlık bu kez de idare Mahkemesi kararını onayan Daire kararının düzeltilmesini istedi. Danıştay 10. Dairesi, karar düzeltme istemini de oy birliğiyle reddetti.

Dairenin kararında, hasta H.Ö'nün taburcu edilmesine karar veren doktorlar hakkında "görevi savsaklama" suçundan açılan davada, Elazığ 3. Asliye Ceza Mahkemesinin, "Yüksek Sağlık Şurası kararına dayanarak" doktorların beraatine karar verdiği anımsatıldı.

---

<sup>352</sup> Malkoç, 260.

<sup>353</sup> Çolak/Altun, 815.

Bu durumda doktorların ceza mahkemesi kararı ile beraat etmiş olmaları nedeniyle hastanın "sosyal salah" ile taburcu edilmiş olmasında, idarenin bir "hizmet kusuru" bulunmadığı vurgulanan kararda, şöyle denildi:

"Ancak, H.Ö'nün toplumsal güvenlik yönünden risk oluşturabilecek bir hastalığa yakalanmış olması nedeniyle bu hastayı sosyal salah ile taburcu eden Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinin, hastanın ikamet ettiği yerdeki güvenlik birimlerini veya Malatya İl Emniyet Müdürlüğünü bilgilendirmek suretiyle bu birimlerin gerekli tedbirleri almasına olanak verecek iş ve işlemleri yapmadığı anlaşıldığından, yürütülen sağlık hizmetinin ayrılmaz parçası olan söz konusu iş ve işlemleri yapmayan idarenin sağlık hizmetinin yürütülmesinde ağır hizmet kusuru bulunmaktadır."

Kararda, olay tarihinden sonra Malatya İl Emniyet Müdürlüğünün, illerinden sevk edilen akıl hastalarının yakından takip edilebilmeleri amacıyla hastaneden taburcu edildikleri tarihin bildirilmesini Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinden istediği de ifade edildi<sup>354</sup>.

Bir gazete haberine konu olan ve Danıştay'ın önüne gelen yukarıdaki olaydan anlaşıldığı kadarıyla, daha önce suç işlememiş bulunan bir akıl hastasının hastaneden çıkarıldıktan sonra suç işlemesi (öldürme suçu) durumunda bile, gerekli tedbirleri almadan hastayı bırakan hastane bakımından bir hizmet kusuru görülmüştür. Kaldı ki, suçlu ve hükümlü bir akıl hastasının hastaneden çıkarılması, bundan çok daha önemli ve riskli bir durum olduğundan, böyle bir durumda hastanenin daha da titizlikle hareket etmesi gerekir. 765 s. TCK'daki, ağır cezalı suçlar bakımından asgari 1 yıllık hastanede tutma süresi, 5237 s. TCK'da söz konusu olmadığı için, hastanelerin bu konudaki takdir yetkisi ve buna doğru orantılı sorumluluğu da artmış durumdadır. Hastanelerin, bu durumla başa çıkmaları ve tehlikelilik hali ortadan kalkan hastaları, toplumda infial yaratmaksızın serbest bırakmaları, her bir hasta üzerinde hassas bir şekilde çalışmalarını ile mümkün olabilecektir.

Burada, doğrudan serbest bırakmaya ilişkin olmasa da, yukarıdaki "hizmet kusuru" kararı ile dolaylı bağlantısı olan, 765 s. TCK'nın 560 vd. maddelerinden bahsetmek gerekir. "Delilerin Muhafazasında İhmal Kabahatleri" başlığını taşıyan fasılda, akıl hastanelerinden hastaların kaçmasına engel olamayan hastane personeline ilişkin hükümler getirilmiş bulunmaktaydı. Bunun "serbest bırakma" ve "hizmet kusuru" ile bağlantısı, akıl hastalarının yatırıldığı kurum çalışanlarının, henüz serbest bırakılmasına karar verilmemiş olan bir akıl hastasını kurum

---

<sup>354</sup> <http://www.haberx.com/Gundem-Haberleri/Eylul-2008/Akil-hastasini-taburcu-eden-hastane-kusurlu-bulundu.aspx>, 18.11.2008.

içerisinde muhafaza etme yükümlülüğüdür. Söz konusu fasılda, “*muhafazası altında bulunan delileri serbest bırakmak yahut muhafızı olduğu deliler kurtulup kaçtıkları zaman derhal, ait olduğu daireye malumat vermeyen kimse*”den bahsedilmektedir. Bu kimsenin tımarhane müdürü veya tababet mesleği mensuplarından olması durumunda ise, hafif para cezasına ilaveten meslek ve sanatın tatili icrasına da hükmedilirdi. Hatta Yargıtay, bazı durumlarda bu fiilin, bir kabahat değil, görevi ihmal suçu kapsamına girdiğine hükmetmekte idi<sup>355</sup>. Bugün yürürlükte olan 5326 s. Kabahatler Kanunu’nda buna benzer bir kabahate rastlanmamaktadır. Fakat duruma göre, bu tür fiilin, 5237 s. TCK’nın “Görevi Kötüye Kullanma” başlıklı 257. maddesinin 2. fıkrası çerçevesinde cezalandırılması mümkün olabilir.

### **2.4.3 Serbest Bırakılan Akıl Hastası Suçlu Hakkına Tıbbi Kontrol ve Takip Gerekip Gerekmediği**

TCK m. 57/3’te, bir önceki fıkra uyarınca serbest bırakılan akıl hastası suçluya ilişkin raporda belirtilmesi gereken bir husus düzenlenmiştir. Buna göre, sağlık kurulu raporunda akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği ve eğer gerekiyorsa bunun hangi süre ve aralıklarla yapılması gerektiği belirtilmelidir. Güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği hususu, tamamen üzerinde hekimlerin karar vereceği bir husustur ve bu karara yargı makamlarından herhangi bir kişinin onayı ya da itirazı gibi durumlar söz konusu olmaz. Fakat burada, raporu veren sağlık kurulu bakımından bağlayıcı bir kural getirilerek raporlarda soyut ve genel ibarelerin kullanması önlenmiş; bunun yerine somut, süresi ve aralıkları belirli bir takibin sağlanması amaçlanmıştır. Gerektiğinde bu şekilde bir tıbbi takibe karar verilmesi, hem serbest bırakılan akıl hastası suçlunun sağlığı, hem de toplumun güvenliği bakımından yararlı bir uygulamadır.

### **2.4.4 Tıbbi Kontrol ve Takibin Şekli**

YTCK m. 57/4’te, f.2 uyarınca serbest bırakılan suç işlemiş akıl hastasının, f.3’e göre güvenlik bakımından tıbbi kontrol ve takibinin gerektiğine kanaat getirilmesi halinde, söz konusu kontrol ve takibin nasıl gerçekleştirileceği düzenlenmiştir. Yukarıdaki fıkralarda da görüldüğü üzere, akıl hastası hakkında uygulanan güvenlik tedbirinin sona erdirilmesine yine hükmü veren mahkeme karar verecektir. Fakat mahkeme, tedbirin sona erdirilmesi kararını ancak akıl hastası suçlunun yerleştirildiği tedavi kurumunun sağlık kurulu tarafından verilen bir rapora dayanarak verebilir. Bu rapordan sonra, mahkemenin önünde iki seçenek vardır: Akıl hastası suçluyu ya tamamen serbest bırakacak ya da denetimli olarak serbest

<sup>355</sup> Şensoy, 192: Y. 2. CD, 05.04.1940, 2617, 2883.

birakacaktır. İşte, YTCK m. 57/3 bu seçenekleri ortaya koyarken, m. 57/4 ise ikinci seçeneğin nasıl uygulamaya geçirileceği hususuna ilişkindir. Sağlık kurulunun raporu uyarınca akıl hastasının tıbbi kontrol ve takibinin yapılması suretiyle yani denetimli olarak serbest bırakılmasına karar verilirse; bu tıbbi kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet Savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanacaktır.

#### **2.4.5 Yeniden Tedbir Uygulanması**

YTCK m. 57/5'te, tıbbi kontrol ve takibi yapılan akıl hastasının, akıl hastalığı itibariyle toplum açısından tehlikeliliğinin arttığına anlaşılması üzerine, yine bir rapora dayanılarak, yeniden tedbir uygulanmasına karar verilebilir. Bu durumda, yine hükmü veren mahkeme tarafından ve "teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşu"nun sağlık kurulunun verdiği rapora dayanılarak tedbir uygulamasının tekrarlanması kararı verilecektir. Böyle bir karar verildiğinde m. 57'nin bir ve devamı fıkraları yeniden uygulanacak ve kişi yeniden yüksek güvenli bir tedavi kurumuna yerleştirilecektir. Toplum açısından tehlikeliliğinin büyük ölçüde azalması ya da ortadan kalkması söz konusu olduğunda, kişi tekrar tamamen ya da denetimli olarak serbest bırakılabilecektir.

#### **2.4.6 Ceza Yeteneğini Azalmış Olan Akıl Hastalarının Mahkûm Oldukları Cezalarının Kısmen veya Tamamen Güvenlik Tedbiri Olarak Uygulanabilmesi**

TCK m. 57/6'da, birtakım yazarlar tarafından "kısmi akıl hastaları" olarak nitelendirilen kişiler bakımından uygulanan güvenlik tedbiri düzenlenmiştir. Buna göre, işlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olunan hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen ya da tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak uygulanabilecektir.

Yukarıdaki bölümlerde de açıklandığı üzere, aynı hüküm TCK m. 32'nin ikinci fıkrasının son cümlesinde de getirilmiştir. TCK m. 57/6'da ise, m. 32/2'deki hükmün daha ayrıntılı olarak ifade edilmesi söz konusudur. Burada, kusur yeteneği tam olarak kalkmamış olmakla birlikte, işlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişilerden bahsedilmektedir. Bu kişilerin ceza sorumluluğunun bulunduğu kabul edildiği için, haklarında hapis cezasına hükmedilebilmektedir. TCK, bu kişiler bakımından hükmedilen

hapis cezasının, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirine çevrilmesine olanak tanımıştır. Fakat görüldüğü gibi, burada akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirinden farklı olarak, süre bakımından bir sınırlama getirilmiş bulunmaktadır: Güvenlik tedbirinin süresi, hapis cezasının süresi ile aynı olacaktır. Bu da, sakıncalı görünmekle birlikte, teknik olarak yerinde bir düzenlemedir zira yaptırım olarak ceza mahkûmiyeti varlığını sürdürmekte ve fakat güvenlik tedbirine çevrilmiştir. Aksi bir düzenleme, adalet duygusuna aykırı ve bireyler bakımından hukuk sistemine güvensizlik yaratacak nitelikte olurdu.

Bu kişiler hakkında hükmedilen hapis cezasının, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirine çevrilmesinin “kısmen veya tamamen” olabilmesi, bizce isabetli bir düzenleme değildir. Kaldı ki, daha önceki bölümlerde de ifade edildiği gibi, bu kişilerin cezaevine konmaları dahi, başlı başına yanlıştır. Fakat mevcut düzenlememizde bu ihtimal hala vardır. Zaten eğer ki tam akıl hastalığı-kısmi akıl hastalığı ayrımının artık bulunmadığı kabul edilirse, zaten bu şekilde bir düzenleme olması da tutarsız olur. Zira bir kişi ya akıl hastasıdır ya değildir deniyorsa, hastalığın kusur yeteneğine etkisini derecelendirerek, hükmedilecek olan yaptırımın türünü değiştirmek de doğru olmayacaktır. Kişinin ya akıl hastası olduğunu kabul ederek akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri uygulanmalıdır; ya da kişinin kusur yeteneğinin ve ceza sorumluluğunun bulunduğu kabul edilerek hakkında ceza uygulanmalıdır.

Kısacası, m. 32/2 ve 57/6'daki düzenleme başlı başına sakıncalı olmakla birlikte, hâlihazırda bu düzenlemeler mevcut olduğuna göre, bunlar üzerinde durmak gerekir. Burada sakıncalı olan, kusur yeteneği tam olarak kalkmamış olmakla birlikte, işlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişinin mahkûm olduğu hapis cezasının “kısmen” akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirine çevrilmesi durumudur. Bu konuda da, çalışmamızın daha önceki aşamalarında açıklamalar yapmış olmakla birlikte, somut düzenleme bakımından yeri gelmiş iken tekrar etmekte fayda vardır.

Bu kişilerin ilk olarak, mahkûm oldukları hapis cezasını çekmek üzere cezaevine koyulmaları ve cezalarının bir kısmını çektikten sonra geriye kalan ceza süresini güvenlik tedbiri olarak tedavi kurumunda geçirdiklerini düşünelim. Bu ihtimalde, hastalığı dolayısıyla davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişinin, cezaevine girdikten sonra bu yeteneğinin daha da azalması kuvvetle muhtemeldir. Böyle olunca da bu kişi sonradan tedavi kurumuna yerleştirilse bile, buradan alacağı fayda daha zor ve uzun bir sürecin sonunda olabilecek ve hatta belki de hiç olmayacaktır. Cezaevine bir kere girdikten sonra, o kişinin zaten az olan davranışlarını yönlendirme yeteneği daha da azalmış olacak; geriye kalan ve tedavi kurumunda geçirdiği süre belki de bu yeteneğinin kuvvetlenmesine yetmeyecektir bile. Dolayısıyla, ceza da güvenlik tedbiri de amacına ulaşmamış olacaktır. Ters ihtimali

düşünecek olursak; yani kişinin mahkûm olduğu hapis cezasının güvenlik tedbirine çevrilerek kısmen tedavi kurumunda kaldıktan sonra cezaevine girmesi halinde belki de daha vahim sonuçlar ortaya çıkacaktır. Bu durumda, tedavi kurumuna girip gördüğü tedaviden faydalanan bir kişi, sonradan cezaevine girdiğinde, gördüğü fayda tamamen ortadan kalkacak ve hatta belki de suç işlediği andakinden daha geriye gidecektir.

#### **2.4.7 Suç İşleyen Alkol ya da Uyuşturucu Madde Bağımlısı Kişiler Hakkında Uygulanacak Tedbir**

YTCK m. 57/7’de, suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişiler hakkında uygulanacak tedbir düzenlenmiştir. Buna göre, bu kişiler, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü tedavi kurumlarına yerleştirilirler ve tedavileri, bu bağımlılıktan kurtulmalarına kadar sürer. Bu kişilerin serbest bırakılmaları da, daha önceki fıkralarda olduğu gibi, sağlık kurulunca düzenlenen rapor üzerine hâkim veya mahkeme kararı ile olur. Alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilere uygulanacak güvenlik tedbirinin, “Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri” başlığını taşıyan 57. madde içerisinde düzenlenmiş olmasının sebebi, “kronik zehirlenme” derecesine varan bağımlılığın, akıl hastalığı olarak kabul edilmesidir.

### **3. Akıl Hastası Suçluların Yargılanması**

#### **3.1 Ceza Muhakemesi / Güvenlik Tedbiri Muhakemesi Ayrımı**

Akıl hastası kişilerin yargılanması, doktrinde çok sayıda yazar tarafından ayrı bir yerde tutulmaktadır. Bu bakış açısını benimseyen *Öztürk/Erdem* de eserlerinde, Ceza Hukukunu Güvenlik Tedbirleri Hukukundan; dolayısıyla da Ceza Muhakemesi Hukukunu Güvenlik Tedbirleri Muhakemesi Hukukundan ayırmakta ve bunların özerk hukuk dalları olduklarını kabul ettiklerini ifade etmişlerdir<sup>356</sup>. Güvenlik Tedbirleri Muhakemesi kavramı içerisinde, akıl hastalarının, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılarının, küçüklerin yargılanması girer. Güvenlik Tedbirleri Muhakemesi şeklinde ayrı ve özerk bir hukuk dalının kabul edilmesinin temelinde aslında “hukuk devleti ilkesi” ve “kusursuz suç ve ceza olmaz ilkesi” vardır. Zira kusur yeteneği bulunmayan, hukuk kuralının anlamını bilmediği veya bilebilecek durumda bulunmadığı için hatta bilebildiği halde ona uygun hareket edemeyen bir kimseye ceza vermek, sözü edilen iki temel ilkeyi ve hatta insan haklarını ihlal etmek olur. Nitekim akıl hastası kişilerin fiillerinin suç olarak nitelendirilebilmesi de mümkün görülmediğinden, bu

<sup>356</sup> Öztürk, Bahri – Erdem, Ruhan, “Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku”, Seçkin Yay., Ankara 2007, 1087.

fiillere, suç olarak nitelendirilen fiillerin yargılanması için getirilmiş bulunan CMK'nın uygulanması uygun olmaz. Bir an için bu fiillere de CMK'nın uygulanabileceği kabul edilse dahi, uygulamaya geçildiğinde çözülmesi zor fiili güçlükler ortaya çıkabilecektir. Kanunun pek çok hükmü, istense de kusur yeteneği bulunmayanların fiilleri bakımından fiilen uygulanamamaktadır. Bu sorunun temelinde CMK'nın kusur yeteneği bulunan, fiil ehliyeti bulunan ve fiilen ceza muhakemesi süjesi olabilen kimselerin fiillerini esas alması yatmaktadır. Gerçekten, kusur yeteneği bulunmayanların muhakemeye katılabilmeleri, hak ve yükümlülüklerini bilebilmeleri ve bunlara uygun davranabilmeleri fiilen mümkün değildir. Bu kişilerin gerçek manada ceza muhakemesi süjesi oldukları söylenemez. Örneğin, CMK'nın aydınlatma yükümlülüğüne, ifade alma ve sorguya, özellikle de savunmaya ilişkin hükümlerinin akıl hastası kişiler bakımından uygulanabilmesi fiilen mümkün görünmemektedir<sup>357</sup>.

Bu bakımdan, *Öztürk/Erdem*, bu ve benzeri mağduriyetlerin giderilebilmesinin tek yolunun ayrı bir "Türk Emniyet Tedbirleri ve Emniyet Tedbirleri Muhakemesi Kanunu" yapılması olduğunu öne sürmektedirler. Yazarlar, ancak şu anda hazırlanması pek de muhtemel görünmeyen böyle bir kanun ile ceza muhakemesi hukukunun temel prensipleri ihlal etmeyen fakat aynı zamanda da toplumun hukuka aykırı fiillere karşı etkili bir şekilde korunduğu bir sistem oturtulabileceğini öne sürmektedirler. Bu fikir ve önerilerini destekler şekilde, yazarlar, bu konu ile ilgili kanunlarda ve bunları inceleyen eserlerde, kusur yeteneği bulunmayan kişilerin hukuka aykırı fiillerine "suç" denmesine de karşı çıkmaktadırlar. Burada teknik manada "suç" oluşmayacağı fikrinden hareketle yazarlar "fiil" kelimesinin kullanımının bilimsel esaslara uygun düşeceğini belirtmektedirler. Gerçekten de, yazarların bu görüşleri, kusur yeteneği bulunmayan kişilere adaletli davranma konusunda etkin bir çözüm olarak kabul edilmelidir.

*Kunter/Yenisey/Nuhoğlu* da, *Öztürk/Erdem* gibi, güvenlik tedbirleri muhakemesine ilişkin ayrı hükümlerin kanunda bulunmamasını bir eksiklik olarak görmektedirler: Gerek mülga CMUK ve gerekse CMK, güvenlik tedbirleri muhakemesine ilişkin özel düzenlemelere yer vermemiştir. CMK'da, müsadere muhakemesi dışında güvenlik tedbirleri muhakemesine yer verilmemiş olması büyük bir eksikliktir<sup>358</sup>. Yazarlara göre, güvenlik tedbiri de nihayetinde bir cezadır. Fakat yazarlar, bu fikirlerinin, ayrı bir güvenlik tedbiri muhakemesi düzenlemesine ihtiyaç duyulduğunu düşünmelerine engel olmadığını belirtirler: Güvenlik tedbiri ile ceza arasında nitelik farkı görmememiz, bunların muhakemesinin farklı düzenlenmesini kabulümüze engel değildir. Sanıkların durumu (küçük, akıl hastası, sağır-dilsiz,

---

<sup>357</sup> Öztürk / Erdem, 1090, 1091.

<sup>358</sup> Aynı görüşte: Yurtcan, 632.



alkol/uyuşturucu madde bağımlısı olmaları) dolayısı ile muhakemeleri arasında bazı farklar bulunmasını, uygunluk prensibinin bir sonucu olarak karşılamak gerekir. Mesela akıl hastasının savunulması, duruşmada hazır bulunması gibi hususlar, diğer sanıklardan farklı şekilde düzenlenmelidir. Buna karşılık genel af gibi durumlar bakımından akıl hastası sanık bakımından farklı düzenlemelere gidilmesine ihtiyaç duyulmamalıdır zira sistemimize göre, güvenlik tedbiri de ceza gibi işlenen suçta dayanmaktadır<sup>359</sup>.

### 3.2 Akıl Hastası Sanığın Yargılanması ve Hakkında Verilecek Hüküm

Akıl hastası fail hakkında, CMK m. 223/3-a uyarınca, “ceza verilmesine yer olmadığı” kararı verilecektir. Hükümün, bir başka isimle verilmesi (beraat, düşme, vs.) bozma nedeni olacaktır<sup>360</sup>. Ancak, güvenlik tedbirine hükmetmek de gerekebilecektir<sup>361</sup>. Suç işlediği sabit olan kişi hakkında, ceza ehliyeti bulunmadığı nedeniyle dar manada ceza verilemediğinden, bir daha suç işlemesini önlemek amacı ile uygulanan güvenlik tedbiri adı verilen önleme tedbiri niteliğindeki tedbir, suç işlediği sabit olan kişiye suç işlemiş olduğu nedeniyle uygulandığı için geniş manada cezanın bir çeşidini oluşturur. Bir kişi hakkında güvenlik tedbirine hükmedilebilmesi için, eylemin sanık tarafından işlenmesi ve o fiilin suç olması gerekir. Buraya kadar, yani suçluluk kısmına kadar, dar manada ceza muhakemesi ile beraberlik vardır. Ayrılık buradan sonra, yani müeyyidenin tayin ve tespitinde ortaya çıkar.

<sup>359</sup> Kunter/Yenisey/Nuhoğlu, 1319 vd.

<sup>360</sup> **Y. 4. CD, 12.06.2007, 4527/5702** (Malkoç, 264, 265): “...32. madde uyarınca akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmemesi, ancak bu kişinin iddia olunan suçu işlemiş olması durumuna ilişkindir. Akıl hastası kişinin kendisine yüklenen eylemin;

- a) Kanunda suç olarak tanımlanmamış olması,
- b)Yüklenen suçun sanık tarafından işlenmediğinin sabit olması,
- c) Yüklenen suç açısından failin kast veya taksirinin bulunmaması,
- d) Yüklenen suçun sanık tarafından işlenmesine rağmen, olayda bir hukuka uygunluk nedeninin bulunması,
- e) Yüklenen suçun sanık tarafından işlendiğinin sabit olmaması,

durumlarında sanık hakkında beraat kararına hükümlenilecek, ceza ve güvenlik tedbirine hükmedilmeyecektir. Akıl hastası kişi hakkında, mahkûmiyet kararı verilmesi gereken hallerde ise 32/1. madde uyarınca ceza verilmeyecek, bununla birlikte bu kimseler hakkında ceza ve güvenlik tedbirlerine hükümlenmesi gerekecektir. Bu durum karşısında; huzur ve sükûnu bozma ve hakaret suçlarının şüphelisi B. hakkında Savcılıkça akıl hastalığı gerekçe gösterilerek kovuşturmasızlık kararı verildikten sonra, ceza ve güvenlik tedbirine hükümlenmesi isteği üzerine, mahkemenin TCY.nın 57. maddesi gereğince verdiği güvenlik tedbiri kararı bu nedenlerle yerinde bulunmadığından, C. Başsavcılığının şüpheliye yüklediği suçlara ilişkin olarak kamu davasını açmamasını ve bu davanın sonucuna göre ceza ve güvenlik tedbirlerine hükümlenip olunmayacağına ise görevli mahkemece belirlenmesi gerekmektedir.”

**Y. 11. CD, 23.05.2006, 1954/4541** (Malkoç, 268): “...Kabule göre de; beraat kararına suçun sabit olmaması veya fiilin suç teşkil etmemesi halinde hükümlenmesi gerektiği gözetilmeden, 765 sayılı TCK.nun 46. maddesi uyarınca ceza tertibine yer olmadığı kararı yanında ayrıca sanığın beraatine de hükümlenerek çelişkiye düşülmesi..”

<sup>361</sup> Malkoç, 260.

Dar manada ceza muhakemesinde sanık hakkında cezaya hükmedilirken, güvenlik tedbiri muhakemesinde güvenlik tedbirine hükmedilir. Sanığın eylemi işlediği sabit değilse veya eyleminin suç teşkil etmediği anlaşılırsa, güvenlik tedbiri muhakemesinde de, ceza muhakemesinde olduğu gibi beraat kararı verilmelidir. Ayrıca, akıl hastası olan sanığa işlenen suç, şikâyete bağlı bir suç ise ve mağdur, şikâyetinden vazgeçmiş ise, davanın düşürülmesine karar verilmelidir. Bu durumda sanık hakkında, TCK m. 32’de belirtilen tedbir hükümleri uygulanmaz.

Bilindiği gibi, fiil sırasında değil de fiilin işlenmesinden sonra ortaya çıkan akıl hastalığı, yargılama engelidir. Diğer bir ifadeyle, sanığın akıl hastası olmaması, yargılama şartıdır<sup>362</sup>. Bu durumda, kamu davasının açılması bakımından bir engel bulunmamaktadır; kamu davası açılır fakat yargılama yapılamaz; durma kararı verilir<sup>363</sup>. Nitekim yasalarımızda suçu işledikten sonra akıl hastalığına tutulan kişi hakkında ceza davası açılmasını engelleyen bir kural bulunmamaktadır. Fail, fiili işledikten sonra akıl hastalığına tutulursa, savcı onun suçu işlediği hakkında yeterli şüphe elde etmişse, onun hakkında dava açabilir. Bu durumda kişi akıl hastası olsa bile, şüphelilik veya sanıklık statüsüne girmiş olur. Akıl hastası olan sanık hakkında, aynen gaiplikte olduğu gibi, kovuşturma yapılması mümkün değildir. Burada amaç, savunmasız bir yargılamayı engellemektir. CMK, bu konuda hüküm getirmemiştir. Doktrinde, bu hususun kanunda açıkça düzenlenmemiş olması eleştirilmekle birlikte; ceza yargılamasının genel ilkeleri doğrultusunda, fiili işledikten sonra akıl hastası olanlar için yargılama yapmaya engel olduğu fikri benimsenmektedir. Bu kişiler bakımından kamu davası açılabilir, savunmaya engel akıl hastalığı hali ortadan kalktığına ise yargılamaya devam edilir<sup>364</sup>. Sanık hakkındaki hüküm kesinleştikten sonra akıl hastalığına yakalanması halinde ise, verilen cezanın infazı mümkün değildir. 5275 s. Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun’un 16/1. maddesine göre, *“Akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılır ve hükümlü, iyileşinceye kadar Türk Ceza Kanununun 57 nci maddesinde belirtilen sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır. Sağlık kurumunda geçen süreler cezaevinde geçmiş sayılır.”* Yine CGTİK m. 16/2’ye göre ise, *“...Mahkûmun sağlık durumu, geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığınca veya onun istemi üzerine, bulunduğu veya tedavisinin yapıldığı yer Cumhuriyet Başsavcılığınca, sağlık raporunda belirtilen sürelerle, bir süre bulunmadığı takdirde üçer aylık dönemlere göre bu fıkırdaki yazılı usule uygun olarak incelettirilir. İnceleme sonuçlarına göre geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığınca, geri bırakmanın devam edip etmeyeceğine karar verilir...”*

<sup>362</sup> Öztürk, Bahri/Erdem, Mustafa R./Sırma, Özge/Saygılar, Yasemin, “Ceza Muhakemesi Hukuku Temel Kavramları”, Turhan Kitabevi, Ankara 2006, 49; Centel, Nur/Zafer, Hamide, 124.

<sup>363</sup> Öztürk /Erdem, 1092, 1093; Öztürk/Erdem/Sırma/Saygılar, 49.

<sup>364</sup> Yurtcan, Erdener, “Ceza Yargılaması Hukuku”, Beta, İstanbul 2007, 158.

Buna karşılık, fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişinin, teknik anlamda “fail” sayılması ve sanıklık sıfatını alması bakımından herhangi bir sorun yoktur. Akıl hastalığı, “fail” olabilmek bakımından bir engel teşkil etmez. Kanunla suç olarak öngörülen bir fiili işleyen kişi, faildir. Sorumsuzluk nedeniyle bir kişinin cezalandırılmaması, o kişinin ceza normunun öznesi olmayacağı anlamına gelmez. Akıl hastaları da, ceza normunun öznesi olabilirler fakat onlar hakkında cezaya değil, güvenlik tedbirine hükmolunur<sup>365</sup>.

Akıl hastası olan ve suça sürüklenen çocuklar bakımından da özel bir düzenleme söz konusudur. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nun (ÇKK) 12. maddesine göre, suça sürüklenen çocuğun aynı zamanda akıl hastası olması halinde, TCK m. 31/1 ve 2 kapsamına giren çocuklar hakkında, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanır. Suça sürüklenen çocuğun akıl hastası olması durumuna ilişkin bir diğer düzenleme ise, ÇKK’nın 13. maddesinde getirilmiştir. Buna göre, aynı kanunun 7. maddesinin 7. fıkrasında öngörülen durumlar (ki bunlar mahkemenin, korunma ihtiyacı olan çocuklar bakımından, Medeni Kanun hükümleri uyarınca velayet, vesayet, kayyım, nafaka ve kişisel ilişki kurulması hususlarında karar verebilmesi durumlarıdır) hariç olmak üzere, suça sürüklenen ve ceza sorumluluğu olmayan çocuklarla korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında duruşma yapılmaksızın tedbir kararı verilir. Ancak hâkim, zorunlu gördüğü hallerde duruşma yapabilir. Tedbir kararının verilmesinden önce yeterli idrak gücüne sahip olan çocuğun görüşü alınır, ilgililer dinlenebilir, çocuk hakkında sosyal inceleme raporu düzenlenmesi istenebilir. ÇKK m. 14’e göre, alınan tedbir kararına karşı, itiraz yolu açıktır ve itiraz, CMK’nın itiraza ilişkin hükümlerine göre, en yakın çocuk mahkemesine yapılır.

Yukarıda da muhtelif yerlerde söz edildiği üzere, TCK m. 32’de, akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmeyeceği; ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunacağı açıklanmıştır. Belirtmek gerekir ki bununla kast edilen, akıl hastası sanık hakkında muhakeme yapılamaması değildir. Sanığın akıl hastası olması durumunda da bir muhakeme yapılır ve fakat bunun neticesinde, sanığın fiili işlediği sabit olmuşsa, ceza değil de bir güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu özelliğinden dolayı bu muhakemeye güvenlik tedbirleri muhakemesi denmektedir. Akıl hastaları hakkında güvenlik tedbiri yargılaması yapılabilmesi, kişinin fiili işlediği sırada akıl hastası olması durumunda mümkündür. Akıl hastaları hakkında yapılacak güvenlik tedbiri yargılamasına ilişkin kurallara CMK’da yer verilmemiştir. Fakat YTCK m. 57 bu konuyu ayrıntılı bir şekilde düzenlemiştir ki bunlardan yukarıda söz edilmişti.

---

<sup>365</sup> Hafizoğulları, “Fail”, 2.

Ayrıca, TCK m. 57’de getirilen düzenlemelerin yanı sıra, 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun’un (CGTİK) 16. maddesinde de güvenlik tedbiri yargılamasına ilişkin hükümler bulunmaktadır. Madde, “Hapis Cezasının İnfazının Hastalık Nedeniyle Ertelenmesi” başlığını taşımaktadır. CGTİK m. 16/1’e göre, akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılır ve hükümlü, iyileşinceye kadar TCK m. 57’de belirtilen sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır. Sağlık kurumunda geçen süreleri cezaevinde geçmiş sayılır.

Geri bırakma kararı, Adli Tıp Kurumunca düzenlenen ya da Adalet Bakanlığınca belirlenen tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurullarınca düzenlenip Adli Tıp Kurumunca onaylanan rapor üzerine, infazın yapıldığı yer Cumhuriyet Başsavcılığınca verilir. Geri bırakma kararı, mahkûmun tabi olacağı yükümlülükler belirtilmek suretiyle kendisine ve yasal temsilcisine tebliğ edilir. Mahkûmun geri bırakma süresi içinde bulunacağı yer, kendisi veya yasal temsilcisi tarafından ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına bildirilir. Mahkûmun sağlık durumu, geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığınca veya onun istemi üzerine, bulunduğu veya tedavisinin yapıldığı yer Cumhuriyet Başsavcılığınca, sağlık raporunda belirtilen sürelerle, bir süre bulunmadığı takdirde üçer aylık dönemlere göre bu fıkra yazılı usule uygun olarak incelettirilir. İnceleme sonuçlarına göre geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığınca, geri bırakmanın devam edip etmeyeceğine karar verilir. Geri bırakma kararını veren Cumhuriyet Başsavcılığının istemi üzerine, mahkûmun izlenmesine yönelik tedbirler, bildirim yapıldığı yerde bulunan kolluk makam ve memurlarınca yerine getirilir. CGTİK m. 16/3’te yazılı yükümlülüklerle aykırı hareket edilmesi halinde geri bırakma kararı, kararı veren Cumhuriyet Başsavcılığınca kaldırılır. Bu karara karşı infaz hâkimliğine başvurulabilir.

CGTİK m. 18’de ise, akıl hastalığı boyutuna varmayan bir ruhsal rahatsızlığı bulunan hükümlülerin cezalarının infazı konusuna yer verilmiştir. Söz konusu maddenin ilk fıkrasına göre, hapsedilme ve diğer nedenlerden kaynaklanan akıl hastalığı dışında ruhsal rahatsızlıkları bulunup da ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde tutulmaları gerekli görülmeyle infaz kurumlarına geri gönderilenlerin (ki burada gözlem altına alınma tedbirinin sonucu olarak, hastanede kalması gerekli görülmeyen kişilerden bahsedilmektedir) cezaları, belirlenen infaz kurumlarının mahsus bölümlerinde infaz edilir. Bu fıkra belirtilen kişilerin cezalarının infazı için belirlenen infaz kurumlarının ihtiyaç duyduğu uzman ve diğer tıp görevlileri, Sağlık Bakanlığınca karşılanır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### SUÇ İŞLEMEMİŞ OLAN AKIL HASTALARI HAKKINDA UYGULANABİLECEK ÖNLEMLER

#### 1.1 Genel Olarak

Ruhsal bozukluğu bulunan hastaların suç teşkil eden eylemleri, genel nüfusun suç teşkil eden eylemlerine göre daha yüksek oranda olmasa da, suç işleme eğiliminde olması muhtemel hastaların, suç işlemeyen önce tedavi edilmeleri hususu oldukça önemlidir. Bu bakımdan da, örneğin bir psikiyatriste tedaviye gelen kimsenin belirli bir suçu işleme yönünde tehlikeli olduğunun tespit edilmesi halinde, suç işlemeyen önce de gerekli muhafaza ve tedavi tedbirlerinin alınmasını sağlayıcı mekanizmaların oluşturulması gerekir<sup>366</sup>.

Yasalarımız, bir suç işlenmeden önce herhangi bir kişiyi suç işleyebilir kaygısı ile tutuklamaya izin vermemektedir. Konuya ilişkin tek kanun maddesi, 2559 sayılı Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu'nun (PVSK) 13/F maddesidir. Buna göre, *“Polis, bir kurumda tedavi, eğitim, ıslahı için kanunlarla ve bu Kanunun uygulanmasını gösteren tüzükte belirtilen esaslara uygun olarak alınan tedbirlerin yerine getirilmesi amacıyla, toplum için tehlike teşkil eden akıl hastası, uyuşturucu madde veya alkol bağımlısı serseri veya hastalık bulaştırabilecek kişileri yakalar ve gerekli işlemleri yapar.”*

Bunun dışında, evlenme, askere alma, işe girme, sürücü belgesi alma gibi işlemlerde ciddi psikiyatrik muayeneler yapılmalıdır. Eski dönemlerde, akıl hastaları bakımından evlenme yasağı getirilmesi ve hatta kısırlaştırma gibi önlemler alındığı dahi olmaktadır.

Ayrıca medeni hukuk bakımından, akıl hastalarının vesayet altına alındığı bilinmektedir.

Ancak bugün, en önemli engel olarak, genellikle sosyal güvencelerinin bulunmaması sebebi ile hastaların hekime geç getirilmeleri ve bunun sonucu olarak da, suç işleme eğilimi göstermeleri görülmektedir. Bu nedenle, ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara sağlık güvencesi sağlanması gereklidir<sup>367</sup>.

---

<sup>366</sup> Özkan/Hakeri, 15.

<sup>367</sup> Özkan/Hakeri, 15.

Suç işlememiş olan fakat suç işleme eğilimi bulunan akıl hastaları bakımından alınabilecek önlemler konusunda hukuki düzenleme boşluğu olduğu açıktır. Bu bakımdan, hukukçular ile psikiyatristler birlikte çalışmalı, konu hakkında terminoloji sorunu giderilecek şekilde yasalar yapılmalıdır. Özellikle de bir “Ruh Sağlığı Yasası”nın eksikliği hissedilmektedir. Her ne kadar bugün mevcut olan bir “Ruh Sağlığı Yasası Taslağı” var ise de, bunun bir an evvel nihai haline getirilerek kanunlaştırılması gerekmektedir.

## **1.2 Kalıtsal Olarak Geçen Akıl Hastalıkları ile Mücadele: Tedavi, Kısırlaştırma ve Hadım Etme, Evlenme Yasağı**

### **1.2.1 Tedavi**

Toplumun akıl hastalarından korunması bakımından, suç işlememiş akıl hastaları konusunda iki önemli problem söz konusu olmaktadır: 1) Akıl hastalarının tayini ve teşhisi. Tayin ve teşhis, akıl hastalarının doğrudan doğruya tespiti ve akıl hastalarının dolayısıyla tespiti şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. 2) Akıl hastası olduğu tespit edilen kişiler hakkında yapılabilecek işlemlerin neler olduğunun belirlenmesi. Henüz suç işlememiş akıl hastalarından söz edildiğine göre, burada uygulanabilecek işlemler, bir önleme tedbiri niteliğindedir. Bu önleme tedbirlerinden birincisi, akıl hastalarının tedavi edilmesidir ki bu tedbir de kendi içinde, rıza ile ve zorla olmak üzere ikiye ayrılır. İkinci önleme tedbiri, akıl hastaları hakkında birtakım yasaklılıkların getirilmesidir. Üçüncüsü ise, bu kişilerin kısırlaştırılması ve hadım edilmesidir<sup>368</sup>.

Birinci probleme bakıldığında, akıl hastalarının doğrudan doğruya tespitinin anlamı, hastanın kendisinin veya ailesinin bizzat başvurarak tedaviyi talep etmesidir. Dolayısıyla tespitinin anlamı ise, diğer bir takım amaçların gerçekleştirilmesi sırasında yapılan incelemeler sonucu, bir kişideki akıl hastalığının ortaya çıkmasıdır. Örneğin, bir bebek doğduktan hemen sonra yapılan incelemeler, okullara, sürücü belgesi sınavlarına, işyerlerine, vs. yapılan başvurular için yapılması şart koşulan sağlık taramaları sırasında ortaya çıkan akıl hastalıkları, dolayısıyla tespitinin şekilleridir.

Rıza ile tedavide, hasta, tedavi edilmesi talebi ile akıl hastanesine başvurur. Fakat şu da bilinen bir gerçektir ki, kendi iradesi ile akıl hastanesine başvuran hasta sayısı oldukça azdır. Zira bu gibi hastaların ya dış dünya ile bağlantıları kesilmiş olur ya da hastalık yavaş ilerlediği

---

<sup>368</sup> Erman, Sahir, “Suç İşlememiş Akıl Hastalarına Ait Umumi Rapor”, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası Mevzuunda Kollokyum, Sulhi Garan Matbaası, İstanbul 1958, 13.

için, kişi kendisinde ortaya çıkan rahatsızlığın farkına varamaz. Ayrıca, bu tür bir rahatsızlığı fark eden ailelerin, günümüzde dahi halen, akıl hastanesine başvurmaktan ve ailesinden bir kişinin ruhsal bir tedaviye tabi tutulmasından utandıkları görülmektedir<sup>369</sup>. Bazen de, ruhsal bozuklukları olan kişilerin doktora başvurduktan sonra, sorunun kendilerinin zannettiğinden daha ileri seviyede ve akıl hastalığı derecesinde olduğunu öğrendikten sonra korkup tedaviyi bırakmaları da söz konusu olabilmektedir<sup>370</sup>.

Rıza ile tedavi bakımından herhangi bir sorun yoktur. Tedavi edilmek isteği ile akıl hastanesine başvuran kişi hakkında gerekli işlemler yapılır. Yalnızca, bu talebin kabulü bakımından, farklı uygulamalar mevcuttur. Bazı ülkelerde yazılı başvuru şartı aranırken, bazılarında ise sözlü olarak başvuru yeterli görülmektedir. Bu şekilde kendi rızası ile başvuran hastaların akıl hastanesine yatırıldıktan sonra, hastaneden çıkmaları da kendi rızaları ile olur. Ailesi, hastayı istediği zaman alabilir.

Zorla tedavi deyimiyle kast edilen, hastanın iradesi dışında tedavi altına alınması veya kendi iradesi ile tedavisine başlanmış hastanın buna son vermesine izin verilmemesidir. Bu tür tedavi, hastanın yararına olduğu kadar, toplumun da yararınadır zira zorla tedavi, kendileri ve çevreleri bakımından tehlikeli olan akıl hastaları hakkında uygulanır. Zorla tedavinin uygulanması bakımından farklı sistemler kabul edilmiş bulunmaktadır. Bazı ülkelerde, zorla tedavi tedbirinin uygulanması için, doktor raporu üzerine mutlaka hâkim kararı gerekirken, bazılarında sadece doktorun raporu yeterli görülmekte fakat şikâyet veya itiraz söz konusu olduğunda ya da hastanın serbest bırakılması söz konusu olduğunda adli merciler işe el koymaktadır, diğer bazılarında ise sistem tamamen idari niteliktedir; hastanın yatırılması da, itirazların değerlendirilmesi ve hastanın çıkarılması da tamamen idari mercilerin yetkisindedir<sup>371</sup>. Ülkemizde ise, yukarıda 4.1’de ifade edildiği gibi, PVSK m. 13/F bu konuda kolluğa yetki vermektedir. Çevresine zarar verecek durumda olan akıl hastalarının, akıl hastanesine kaldırılması, kolluk tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Hasta, hastaneye doktorun muayenesi sonucunda yatırılırsa da, ailesi istediği zaman onu geri alabilir. Burada, akıl hastalarını kendi başına bırakan kişiler bakımından, duruma göre, TCK m. 97 ve m. 98’deki suçların oluşması söz konusu olabilecektir. Çoğunlukla kabul edilen görüşe göre, zorla tedavi uygulaması bakımından daha teminatlı bir düzenlemenin getirilmesi yerinde olacaktır<sup>372</sup>.

---

<sup>369</sup> Low, A. Abraham, “Mental Health Through Will-Training”, Chicago 1997, 23.

<sup>370</sup> Erman, “Suç İşlememiş Akıl Hastalarına Ait Umumi Rapor”, 16.

<sup>371</sup> Erman, “Suç İşlememiş Akıl Hastalarına Ait Umumi Rapor”, 19.

<sup>372</sup> Kollokyum, Özek, Çetin, 33.

Yukarıda da belirtildiği gibi zorla ya da zorunlu tedavi uygulamasını düzenleyen yasalar vardır. Bizim ülkemizde de böyle bir yasanın bulunmaması bir eksikliklerdir. Yirminci yüzyılın başından beri dünya ve dolayısıyla ülkemizde de her alanda hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Özellikle sosyal ve kültürel alandaki değişimler, insan hakları, kişisel hak ve özgürlük kavramlarının yeniden gözden geçirilmesine, gelişmiş ülkelerin aydınlarının bu konuları geniş kitleler düzeyinde tartışmaya başlamalarına neden olmuştur. Yeniden gözden geçirilen ve düzenlenen sosyal ve etik kavramlar, yaşamın birçok alanında hızla uygulanmaya başlanmıştır<sup>373</sup>. Bu bağlamda, 1960'lerden başlayarak, akıl hastalıklarının tedavileri ve bakımları sırasında, kişisel özgürlüklerinin çığnenedildiği gözlenmiş ve bu alandaki aktiviteler yasal düzenlemelerle kontrol altına alınmaya başlanmıştır. Şu anda, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere, ülkelerin birçoğunda, akıl hastalıkları nedeniyle kendisine veya başkalarına zarar verme tehlikesi bulunan ya da kendisine bakamayacak derecede akıl hastası olan kişilerin zorunlu olarak hastaneye yatırılmaları ve tevdilerini, taburcu olduktan sonra da izlenmelerini düzenleyen kanunlar mevcuttur<sup>374</sup>.

Batı toplumlarının her biri, kendi sosyal, kültürel ve yasal şartlarına uygun ve bazı yönlerden birbirinden farklı düzenlemeler getirmekle birlikte, bazı temel kurallarda birleşmektedirler: Akıl hastaları da, diğer kişiler gibi, kişisel hak ve özgürlüklere sahiptir. Kendilerinin veya başkalarının bedensel veya maddi varlıklarına zarar vermedikleri sürece de, tedavi edilmeyi reddetme hakları vardır. Ancak, tehlikelilik durumu söz konusu olduğunda, ayrıntıları ve sınırları çok iyi bir şekilde belirlenmiş kanunlar, hekimlere, benzeri görevler yapan sağlık görevlilerine (psikolog, psikoterapist, vb.) ve polise, söz konusu kişileri, gerekli güvenlik önlemleri altında bir sağlık kuruluşuna sevk etme yetkisi vermektedir (Bizdeki PVSK m. 13/F gibi). Buralardaki uygulamalarda, çoğunlukla, hastane acil servisinde titizlikle değerlendirilen kişiler, hekim tarafından gerekli görülüyorsa, kendilerinin veya başkalarının güvenliğini sağlamak ve tedavi edilmek üzere hastaneye yatırılırlar. Kanunlar, hastanede ilk değerlendirmeyi yapan hekime, hastayı kapalı serviste birkaç güne kadar yatırma yetkisi vermektedir. Bu süre sonunda hasta yatarak tedavi olmayı reddediyorsa ve fakat hekim, hastanın tehlikeli olduğunu düşünüyorsa, hekimin başvurusu üzerine mahkeme bu konuda bir karar vermektedir ki, yukarıda önerilen “güvenceli sistem”e bir örnek olarak gösterilebilir. Bu karar verilirken, akıl hastası kişiye müdafî atanır. Bu uygulamaların kabul edildiği ülkelerde, gözden kaçırılmaması gereken bir husus, bu konuda hekimlere, psikologlara ve polise geniş yetkiler verilmesine karşılık, büyük sorumluluk da yüklenmiş olmaktadır. Zira

---

<sup>373</sup> Appelbaum, Paul S., “Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change”, New York 1994, 3-16.

<sup>374</sup> Arıkan, Rasim, “Ruh Hastalığı Nedeniyle Tehlikelilik: Hukukçular ve Hekimlerin İşbirliği Gereken Bir Konu (Dangerousness due to Mental Illness: An Issue Lawyers and Physicians Should Work on Together)”, www.ummhc.org, 02.11.2008, 1.



gerektiği halde bir akıl hastasını hastaneye sevk etme görevini yerine getirmeyen kişiler, çok ağır para cezalarına çarptırılabilceği gibi, mesleklerinden men de edilebilmektedirler<sup>375</sup>.

ABD'de ise, Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, kişisel hak ve özgürlüklerden ziyade, tehlikeli akıl hastalarının tedavi edilmesine önem verilmektedir.

Ülkemizde ise, daha önce de belirtildiği gibi, akıl hastası kişinin ancak bir suç işlemesinden sonra yargı devreye girmektedir. Fakat bunun öncesinde, hekimler tarafından, kendisine veya başkalarına zarar verebileceği düşünülen akıl hastalarına uygulanacak zorunlu tedaviyi düzenleyen bir kanuna ihtiyaç vardır. Ancak bu şekilde hem akıl hastası kişinin hak ve özgürlükleri korunmuş olur hem de toplum bu tür tehlikeli kişilerden korunmuş olur. İşte burada önerilmesi gereken, daha önce Türkiye Psikiyatri Derneği'nin üzerinde çalıştığı "Ruh Sağlığı Yasası Taslağı"nın bir an evvel yürürlüğe sokulmasına çalışılmasıdır. Söz konusu yasa taslağının gerekçesinde, böyle bir yasaya neden ihtiyaç duyulduğu açık bir şekilde ifade edilmiştir<sup>376</sup>. Burada birçok isabetli düzenlemenin yanı sıra, "istemli yatış" ve "istemli yatışın devamı" gibi konularda açık düzenlemeler bulunmakta ve bu konuda sulh hukuk hâkimine yetki verilmektedir.

### 1.2.2 Kısırlaştırma ve Hadım Etme

Kalıtımsal olarak geçen akıl hastalıkları ile mücadele konusunda Ceza Kanunlarının yetersiz kalması üzerine, değişik bazı tedbirlere başvurulmuştur. Özellikle cinsel suçlar işleyen kişilerin, bu tür suçları tekrar işlemelerini önlemek, akıl hastalığının genler ile gelecek kuşaklara geçmesini önlemek amaçları ile bazı ülkelerde kısırlaştırma ve hadım etme

<sup>375</sup> Arıkan, 2.

<sup>376</sup> www.psikiyatri.org.tr, 02.11.2008: "Ruh hastalarının çoğu, kişiyi kendisi veya başkaları için tehlikeli hale getirmez. Ancak bazı ruhsal hastalıkların akut ya da alevlenme dönemleri, hasta kişilerde, kendileri ya da toplumun başka bireyleri için tehlikelilik potansiyeli doğurabilir. Tehlikelilik potansiyeli taşıyan ruh hastalarının tedavisi için, hastalığa bağlı tehlikelilik hali geçinceye dek bir ruh sağlığı kliniğinde kapalı tutulması ve tedavi edilmesi, bir yandan hasta kişinin 'sağlıklı yaşama hakkı' çerçevesinde tedavi hakkını kullanmasını sağlarken, diğer yandan özgürlüğünün kısıtlanması sonucunu doğurmaktadır. Bir kişinin özgürlüğünün kısıtlanması yetkisi TC temel hukukuna göre yalnızca mahkemelere verilmiş olduğu halde (TC Anayasası madde 19 ve 38) günümüzdeki uygulamada mahkeme kararı olmaksızın yalnızca hekim kararıyla tıbbi gerekçelerle ruh hastalarının özgürlüğünün kısıtlanması söz konusu olmaktadır. Ancak, hastaların hastaneye yatırılmaları ve çıkarılmalarıyla ilgili koşulları düzenleyen bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Ruh hastalarının haklarının korunması sürecinde temel hedef, hastaların ruh sağlığı kliniklerine olabildiğince kendi istekleriyle yatırılmaları (istemli yatış), daha da iyisi toplum içinde ayaktan tedavi ile rehabilite edilmeleridir. Bu nedenle ruhsal hastanın iyileşmesine koşut olarak, zorunlu tedaviden istemli tedaviye, yani bir psikiyatri servisinde özgürlüğü kısıtlanmış bir şekilde yatırılarak tedaviden, özgürlük kısıtlanması gerekmeden yatırılarak ve giderek de toplum içinde ayaktan tedaviye yönelmek ana ilkedir...Ruhsal hastalıklara bağlı potansiyel tehlikeliliğin tanımlanmasıyla, tehlikeli olabilecek hastalar için alınacak önlem ve tedaviler belirlenmiş olacağı gibi, böyle bir potansiyeli olmayan hastaların da, uzun erimde 'tehlikeli' damgasından sıyrılmasını sağlamak bu yasasının amaçları arasındadır".

tedbirleri uygulaması yapılmaktadır<sup>377</sup>. Günümüzde, bu tür tedbirlerin kabul edildiği ülke veya eyalet sayısı oldukça azdır. Fakat yine de, akıl hastası suçlular bakımından uzun yıllar tartışma konusu edilmiş bu tedbirlerden kısaca bahsedilecektir.

Kısırlaştırma ile bir kimsenin üreme yeteneği ortadan kaldırılmaktadır. Burada, kişinin cinsel fonksiyonları devam eder, ancak spermin keseye gitmesi önlenerek, çocuk yapmak engellenir<sup>378</sup>. Bu işlem bakımından, ülkelerin mevzuatları, farklı yollar izlemektedir. Bazı ülkelerin mevzuatları bu fiili başlı başına bir suç haline getirmiş, bazı ülkelerin mevzuatında bu konu hiç düzenlenmemiş, diğer bazı ülkelerin mevzuatında ise bu konuda çalışmalar olup kanunlaşmaları söz konusu olmamıştır<sup>379</sup>. Bizim mevzuatımızda, kısırlaştırma fiili, rıza dışında uygulandığında suçtur (TCK m. 101/1). Rıza ile yapılması ihtimalinde ise, işlemi yapan kişinin, bunu yapmaya yetkili bir kimse olmaması halinde yine suçtur (TCK m. 101/2).

Hadım etmede ise, kişinin her türlü cinsel fonksiyonu ortadan kaldırılmaktadır. Kişinin isteği dışında gerçekleştirilemeyen bu işlem, akıl hastaları, geri zekâlılar ve ağır cinsel suçlar işleyen psikopatlar hakkında uygulanagelmıştır. Bizim uygulamamızda hadım etmeye ilişkin herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

Kısırlaştırma ve hadım etme konusunda lehte ve aleyhte görüşler bulunmaktadır. Lehte olarak, akıl hastalığının kalıtsal olarak geçmesine engel olmak düşüncesiyle, özellikle de cinsel suçları birden fazla kere işlemiş olan kişilerin topluma zararlı olmaları karşısında bu tedbirlerin gerekli olduğu görüşü ortaya konmuştur. Buna karşılık, özellikle de hadım etme bakımından ileri sürülen aleyhteki görüşlere göre, hadım etme işlemi sırasında çıkarılan hormonlar, insanın sağlığına zarar vermekte ve hem ruhunda hem bedeninde derin izler bırakmaktadır. Aynı etki, kısırlaştırma bakımından da söz konusu olmaktadır. Hukuki bakımdan da aleyhte görüşler ortaya konmuş ve hadım etmeye gösterilen rızanın dahi geçerli olmayacağını ve bu durumda fiilin, kasten yaralama teşkil edeceği ifade edilmiştir<sup>380</sup>.

Kısırlaştırma ve hadım etmeye yönelik olarak getirilen eleştirilerin başında, kişisel haklar ve özgürlükler gelmekle birlikte, bu uygulamaların özellikle de kısırlaştırmanın, pratik açıdan da faydası olmadığı söylenmektedir. Zira kısırlaştırmada amaç, akıl hastası kişinin üremesini ve yeni kuşakların da genetik olarak akıl hastası olmasını engellemektir. Fakat çalışmamızın 2.

---

<sup>377</sup> Önder, Ayhan, “Akıl Hastalarının Kısırlaştırılması ve Hadım Edilmeleri”, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafası (Raporlar), İstanbul 1958, 185; Ünver, 184.

<sup>378</sup> Ünver, 185.

<sup>379</sup> Önder, “Akıl Hastalarının Kısırlaştırılması ve Hadım Edilmeleri”, 188.

<sup>380</sup> Erman, “Suç İşlememiş Akıl Hastalarına Ait Umumi Rapor”, 20.

bölümünde de yer verildiği üzere, 40'lı yaşlarda ortaya çıkan birtakım akıl hastalıkları vardır. Bu yaşlara kadar, birçok kişi çoktan çocuk sahibi olmuş bulunmaktadır. Dolayısıyla, kısırlaştırma tedbiri de amaca hizmet etmemeye başlar. Şayet “zararın neresinden dönülse kardır” mantığı ile hareket edilir ve akıl hastası olarak dünyaya gelmesi engellenmiş her çocuk kar olarak görülürse, ancak bu durumda kısırlaştırmanın halen amaca yönelik faydası olduğu söylenebilir. Yoksa zaten çoktan çocuk sahibi olmuş bir akıl hastasının kısırlaştırılmasının bir anlamı yoktur. Biz, her halükarda, bu iki yöneteme de başvurunun çağımızda kabul edilmesi mümkün olmayan tedbirler olduğu düşüncesindeyiz. Gelişen tıp ve teknoloji, toplumun tehlikeli akıl hastalarına karşı korunması hususunda daha hümanist ve çağdaş yöntemlerin geliştirilmesine izin vermektedir. İmkânların son derece çeşitli ve kolay uygulanabilir olduğu günümüzde, kısırlaştırma ve hadım etme gibi yöntemler, kabule şayan değildir. Birtakım düşüncelere göre, genetik olarak geçtiği %100 olarak tespit edilen bir hastalık bakımından kısırlaştırmanın kabul edilmesi mümkündür fakat biz görüşe dahi katılmıyoruz. Zira söz konusu tespitler sırasında suiistimallerin olması kuvvetle muhtemeldir.

### **1.2.3 Evlenme Yasağı**

Evlenme yasağı, genellikle, kısırlaştırma vb. tedbirlerin kabul edilmediği sistemlerde uygulanır. Ancak, kısırlaştırma ve hadım etmeye yer veren sistemlerde de evlenme yasağına rastlanabilmektedir. Amaç yine, akıl hastalıklarının genetik yollarla geçmesini engellemektir. Günümüzde, evlenmeden çocuk sahibi olan kişilerin sayısındaki artış göz önünde bulundurulduğunda, bu tedbirin de amaca hizmet edemeyebileceği görülmektedir. Ayrıca, yukarıda kısırlaştırma bakımından getirilen pratik eleştiri, burada da söz konusu olmaktadır: belirli bir yaştan sonra ortaya çıkan akıl hastalıkları mevcuttur. Oysa bir kişinin, bu yaşa kadar evlenmiş ve çocuk sahibi olmuş olması, yüksek ihtimaldir.

Ülkemizdeki uygulamaya bakılacak olursa, bu hususu düzenleyen, 4271 s. Türk Medeni Kanunu'nun 133. maddesinin olduğu görülür. MK m. 133, MK'nun Aile Hukuku kitabındaki “Evlilik Hukuku” birinci bölümünün “Evlenme Ehliyeti ve Engelleri” başlıklı ikinci ayrımı içerisinde yer alır. Söz konusu maddeye göre, “Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi bir sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler”. 743 s. eski Medeni Kanun'da ise, bu durum, evlenme şartlarından temyiz kudretini düzenleyen 89. maddede düzenlenmekte idi. Bu durum, akıl hastalığının, temyiz kudretini kaldırması sebebiyle evlenmeye engel teşkil oluşturabileceği gibi bir anlam çıkarılmasına müsaittir. Oysa doktrinde isabetli bir şekilde belirtildiği üzere, temyiz kudreti açısından akıl hastalığının ayrıca belirtilmesine gerek yoktu. Bu bakımdan, 4271 s. TCK'da, ilgili düzenlemenin, yani m.

133'ün başlığı "Akıl hastalığı"dır. Madde gerekçesinden de görülmektedir ki, akıl hastalığının evlenme engellerinden biri olarak düzenlenmesindeki amaç, akıl hastalığının gelecek kuşaklara geçmesini engellemektir: "*Akıl hastalığı, temyiz kudretini devamlı olarak kaldırmaya ve evlenme merasimi sırasında akıl hastası ayırt etme gücüne sahip bulunsa bile, neslin sağlığı açısından akıl hastalığının bir evlenme engeli oluşturması gerekebilir. Bu sebeple akıl hastalığının evlenme engeli oluşturması, evlenmenin ayırt etme gücü (temyiz kudreti) koşulundan bağımsız olarak ayrı bir maddede düzenlenmiştir. Ancak resmi sağlık kurulu raporu ile evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı tespit edildiği takdirde akıl hastalarının evlenmesine izin verilecektir*"<sup>381</sup>. Burada, resmi sağlık raporunun içeriğinin neye yönelik olması gerektiği açık değildir. Evlenmelerine engel olmadığı, resmi sağlık kurulu raporu ile tespit edilebilecek olan akıl hastaları, yalnızca kalımsal olarak geçmeyen akıl hastalıklarına tutulmuş olan kişiler olarak mı algılanmalıdır bilinmemektedir. Fakat gerekçeden de görüldüğü üzere maddenin konuluş amacı, "neslin sağlığı"dır ki bu başlığın ilk paragrafında da belirtildiği üzere, bu evlenme engeli, neslin sağlığını sağlama konusunda çok da yeterli olamayacaktır.

Bunun yanı sıra, akıl hastalığı, MK m. 165'te boşanma sebeplerinden biri olarak düzenlenmiştir: "*Eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hale gelirse, hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla tespit edilmek koşuluyla bu eş boşanma davası açabilir*". 743 s. MK bakımından, eşlerden birindeki akıl hastalığının en az 3 yıldır devam ediyor olması gibi bir koşul aranmasının yersizliği karşısında, 4271 s. MK m. 165'te böyle bir süre öngörülmemiştir<sup>382</sup>.

---

<sup>381</sup> Arpacı, Abdülkadir, "Gerekçeli, Açıklamalı Yeni Türk Medeni Kanunu", Temel Yay., İstanbul 2002, 174.

<sup>382</sup> Arpacı, 189.

## SONUÇ

Yüksek lisans tez çalışmamızı sonuçlandırdığımız bu aşamada, konunun en can alıcı noktaları bakımından ortaya koyduğumuz görüşlerimiz sıralanacaktır. Burada, görüşler ve gerekçeleri kısaca açıklanacaktır zira ayrıntılı gerekçelendirme, çalışmanın ilgili bölümlerinde yapılmış bulunmaktadır.

TCK'da “akıl hastalığı” olarak düzenlenmiş bulunan kavram konusundaki tartışma bakımından, psikiyatri uzmanlarının da genellikle kullanmayı tercih ettikleri “ruhsal bozukluklar” teriminin kullanılmasının daha yerinde olacağı görüşündeyiz. Zira “akıl hastalığı” dar bir kavram olup, aslında “akıl hastalığı” olmamakla birlikte, belirli durumlarda kişinin kusur yeteneğine etki ettiği şüphesiz olan durumları kapsamamaktadır.

Akıl hastalığının TCK'daki düzenleniş şekli bakımından, kısmi akıl hastalığı-tam akıl hastalığı şeklindeki bir ayrımın, 765 s. TCK'daki gibi devam edip etmediği konusundaki tartışma bakımından, biz böyle bir ayrım yapılmasının isabetli olmadığı kanaatindeyiz. Zira, çalışmamızın birçok yerinde vurguladığımız üzere, en baştan ve soyut bir şekilde hangi hastalığın kusur yeteneğini ne derece etkileyeceğini belirlemek mümkün değildir. Bir akıl hastalığının belirli dönemleri bakımından ve farklı kişiler üzerinde dahi kusur yeteneğinin durumu değişkenlik göstermektedir. Akıl hastalığı ya vardır ya yoktur. Dolayısıyla bize göre, kişinin akıl hastası olup olmadığı belirlendikten sonra, akıl hastası olduğu sonucuna varılmışsa, TCK m. 32/1 uyarınca uygulama yapılmalıdır zira burada esas olan “kusurun yokluğu”dur. Kusurun yokluğuna paralel şekilde, kişiye ceza verilmeyecektir. Kişinin sağlam olduğu sonucuna varılmış ise, TCK m. 32/2 uyarınca uygulama yapılmalı, kişiye indirilmiş ceza verilmelidir. Zira burada ise esas olan “kusurun varlığı” olmakla birlikte “azalması”dır. Azalmış da olsa kusur mevcuttur. Bu azalmaya paralel olarak cezada indirim yapılacaktır. Ya da azalmanın derecesine göre, tedavi tedbirine de hükmedilebilecektir.

TCK m. 32/2'de düzenlenen ve çoğunlukla “kısmi akıl hastası” olarak nitelendirilmeye devam edilen kişilerin cezaevine gönderilmeleri durumuna karşıyız. Her ne kadar 765 s. TCK'daki düzenlemenin bir adım önüne geçilmiş ve bu konuda hâkime ceza ile güvenlik tedbirinden uygun gördüğü birine hükmetme konusunda takdir yetkisi tanınmışsa da, bu yenilik yeterli değildir. TCK m. 32/2'nin son cümlesine göre, bu kişiler hakkında hükmolunan ceza, süresi aynı kalmak koşuluyla kısmen veya tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilmektedir. Fakat biz burada, “kısmen” ibaresinin çıkarılmasını önermekteyiz. Bu kişilerin kusur yeteneğinin bulunduğu ve fakat azaldığı kabul edildiğine göre, bunları TCK m. 32/1'e konu olan kişilerden ayrı tutmak elbette gerekecektir. Bu

bakımdan bize göre, bu kişiler hakkında hükmedilen ceza süresinin tamamı, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak uygulanmalıdır. İlgili bölümde belirtildiği üzere, bazı ülkelerde kabul edilen ve bu kişilere uygulanan önce ceza sonra tedbir veya önce tedbir sonra ceza gibi durumları da isabetli bulmamaktayız. Tedbirden önce uygulanan ceza, tedbirden beklenen amacı tehlikeye düşürecek ve belki de imkânsızlaştıracaktır. Tedbirden sonra uygulanan ceza ise, tedbirin faydasını ortadan kaldıracak, hastalığın nüksetmesine sebep olacaktır. TCK m. 32/2'deki şekilde hâkime takdir yetkisi tanınmasını doğru bulmuyoruz. Hâkim bu konuda uzman değildir.

Akıl hastalıkları ile ilgili en önemli hususlardan biri de, her bir somut olay bakımından dikkatli incelemelerin yapılmasıdır. Belirli hastalıklar bakımından kesin bir kanıyla kusur yeteneğini kaldıran etkisinin olduğunu düşünmek yanlıştır. Her bir hastalığın, çeşitli dönemlerinde kusur yeteneğine etkisi değişebileceği gibi, çeşitli suçlar bakımından da etkisi değişebilmektedir. Bu sebeple, farklı suçlar işleyen bir kişinin, işlediği her bir suç bakımından kusur yeteneğinin ayrıca araştırılması gerekmektedir. Bir kere kusur yeteneğinin bulunmadığına karar verilen kişi hakkında, bu raporun ömür boyu geçerli olacağı yönündeki düşünce ve dolayısıyla da halk içinde “deli raporum var, istediğim suçu işlerim” şeklindeki ifade, bir yanılgıdan ibarettir. Normalde akıl hastalığı kapsamında sayılmayan psikopati, vb. durumların da mutlaka değerlendirilmesi; derecesi ve ağırlığına göre gerekirse bu durumdaki kişilere TCK m. 32/2 uygulanmalıdır.

Akıl hastası suçlulara uygulanan tedbir bakımından asgari veya azami bir süre öngörülmemesi, yerinde bir yaklaşımdır. 765 s. TCK'da hep eleştirilmiş bulunan, kişinin “şifaya kadar” hastanede tutulması ve ağır suçları işleyen akıl hastalarının en az 1 yıl hastanede tutulmaları zorunluluğu gibi düzenlemelerin 5237 s. TCK'ya alınmaması, insan hakları ile ve psikiyatrik gerçeklerle bağdaşır bir durum olmuştur. Burada esas alınan “tehlikeliliğin ortadan kalkması” ölçütü isabetlidir.

Akıl hastalıkları hakkında verilen bilirkişi raporlarının hâkim üzerinde bağlayıcılığı olup olmadığı hususunda, bunların hâkim açısından bağlayıcı olmadığı görüşündeyiz. Fakat bilirkişi raporunun bağlayıcı olmaması ile, bilirkişi raporunda hekimin kusurluluk hakkında fikir beyan edip edememesi konularını ayırmaktayız. CMK'da, bilirkişinin hukuki konularda görüş bildiremeyeceği hüküm altına alınmıştır. Fakat bir hastalığı ve bunun işlenen suça olan etkilerini değerlendiren bir hekimin, kusurluluk hakkında bir yorumda bulunmasında, hâkim zaten bununla bağlı bulunmadığı için, bizce bir sakınca bulunmamaktadır.

CMK'da, kusur yeteneği bulunmayan suçlular bakımından güvenlik tedbirleri muhakemesi hakkında hükümlere yer verilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Ayrıca, akıl hastalıklarına ilişkin düzenlemelerin de, ceza kanunundan çıkarılarak, "Sosyal Savunma Kanunları"nda düzenlenmesi gerektiği görüşünden yanayız. Akıl hastası suçlular hakkında hiçbir şekilde ceza uygulaması kabul edilmemeli ve yalnızca güvenlik tedbirlerinin uygulanması kabul edilmelidir. Bu emniyet tedbirleri de, cezaevlerinde veya genel hastanelerde değil, sadece bu kişiler için kurulmuş özel adli psikiyatrik kurumlarda uygulanmalıdır.

Suç işlememiş akıl hastaları bakımından, şartları ve sınırları kanunlarla tespit edilmiş olsa sahi, kısırlaştırma, hadım etme veya evlenmelerinin tamamen yasaklanması gibi tedbirleri yerinde bulmamaktayız. Evlenme yasağı, ancak MK m. 133'teki gibi, belirli istisnalar tanınmak suretiyle kabul edilebilir. Anne karnındaki bebeklere dahi hastalık tanıları koyulup tedaviler uygulanan, ameliyatlar yapılabilen günümüzde, tıbbın ve teknolojinin geldiği nokta, akıl sağlığı yerinde nesillerin yetişmesi için sayısız imkâna açıkken, bu tür tedbirlerin uygulanmasını çağdışı ve insan haklarına aykırı bulmaktayız. Ayrıca bu tedbirlerin de çoğu durumda, asıl amaca ulaşmaya yetmedikleri gözlemlenmektedir. Gerçekleşmemesi muhtemel bir amaç uğruna bu kadar ağır uygulamalar yapılmasını kabul etmemekteyiz.

Günümüzde, insan ruhunda görülen karmaşa ile birlikte suç oranlarındaki artış gözden kaçmamaktadır. Tüm gelişmişliğe rağmen suç oranlarındaki artış, toplum düzenlerini tehdit eder noktaya gelmiştir<sup>383</sup>. Günümüz insanı, kalabalıklar içinde yalnızlığın, çok çeşitli konfor vasıtaları içinde huzursuzluğun, kudretli makinelere hükmederken zavallılığın ızdırabını çekmektedir. Bu ızdırıp, bugün insanlık tarihinde görülmemiş seviyeye ulaşmıştır<sup>384</sup>. Hayatı kolaylaştıran birçok yenilik, insanların birbirlerinden kopmalarına, insan ilişkilerinin azalmasına da sebebiyet vermektedir. Bu koşullar içerisinde yaşayan insan, ruhsal sıkıntılar ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu şartlar altında suç işleyen kişileri ve özellikle de suç işleyen akıl hastalarını anlamak, bu kişilerin yeniden topluma kazandırılması ve bu sayede toplumun da korunması bakımından son derece önemlidir. Bunu sağlamak, yapılan ayrıntılı hukuki düzenlemelerin yanı sıra, bunların emrettiği tedbirlerin uygulanacağı kurumların altyapısının güçlendirilmesine bağlıdır.

---

<sup>383</sup> Tümerkan, Somay, "Klasik, Pozitivist Okullarda ve Toplumsal Savunma Hareketinde Ceza Sorumluluğunun Esası", İÜHFD, C.XLVIII-XIX, İstanbul 1983, 51.

<sup>384</sup> Songar, Ayhan, "Psikiyatri, Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları", İstanbul 1980, 13.

## KAYNAKÇA

**ADASAL, Rasim**, “Ruh Hastalıkları”, Ankara 1976.

**ALACAKAPTAN, Uğur**, “Suçun Unsurları”, Ankara 1970.

**Akl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası Mevzuunda Kollokyum**, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, , Sulhi Garan Matbaası, İstanbul 1958.

**AKGÜN, Nejat**, “Adli Psikiyatri”, Ankara 1987

**ANKAY, Aydın**, [http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber\\_id=2888](http://www.aktuelpsikoloji.com/haber.php?haber_id=2888), 06.11.2008.

**APAÇIK, Ramazan**, “Akıl Hastalığının Kusur Yeteneğine Etkisi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi”, T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul 1994.

**APPELBAUM, Paul S.**, “Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change”, New York 1994.

**ARIKAN, Rasim**, “Ruh Hastalığı Nedeniyle Tehlikelilik: Hukukçular ve Hekimlerin İşbirliği Gereken Bir Konu (Dangerousness due to Mental Illness: An Issue Lawyers and Physicians Should Work on Together)”, [www.ummhc.org](http://www.ummhc.org), 02.11.2008.

**ARPACI, Abdülkadir**, “Gerekçeli, Açıklamalı Yeni Türk Medeni Kanunu”, Temel Yayıncılık, İstanbul 2002.

**ARTUK, Emin/GÖKCEN, Ahmet/YENİDÜNYA, A. Caner**, “Ceza Hukuku Genel Hükümler I”, Turhan Kitabevi, Ankara 2006.

**Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Kurumu, Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük.**



**AYDIN, M. Akif**, “Türk Hukuk Tarihi”, İstanbul 2005.

**BALCIOĞLU, İbrahim/MEMETALİ, Seyfi/ROZANT, Rakel**, “Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar”, Sempozyum Dizisi No: 62, Mart 2008.

**BİLGİLİ, M.**, “Davranış Bozukluğu Gösteren ve Göstermeyen Epileptiklerde Suç-Yaş-EEg İlişkilerinin Araştırılması”, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul 1990.

**BİRGEN, Nur**, “Epileptik Kişilerin Suça Yatkınlığı”, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul 1986.

**CANSUNAR, F. Nuray/BALCIOĞLU, İbrahim**, “Epilepsinin Ceza Ehliyeti Açısından Değerlendirilmesi”[http://www.yenisympodium.net/fulltext/1996/75\\_.pdf](http://www.yenisympodium.net/fulltext/1996/75_.pdf), 05.06.2009.

**CENTEL, Nur/ZAFER, Hamide/ÇAKMUT, Özlem**, “Türk Ceza Hukukuna Giriş”, Beta Yayınları, İstanbul 2008.

**CENTEL, Nur/ZAFER, Hamide**, “Ceza Muhakemesi Hukuku El Kitabı”, Beta Yayınları, İstanbul 2009.

**ÇİFTER, İsmail**, “Psikiyatri”, Ankara 1986.

**ÇOLAK, Haluk/ALTUN, Uğur**, “Türk Ceza Hukukunda Ceza ve Güvenlik Tedbirleri”, Bilge Yayınevi, İstanbul 2007.

**DEMİRBAŞ, Timur**, “Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007.

**DEMİRBAŞ, Timur**, “Kriminoloji”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2005.

**DEMİRBAŞ, Timur**, “Güvenlik Altında Tutma ve Sosyal Terapi Kurumları”, Uğur Alacakaptan’a Armağan, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2008.

**DİNÇMEN, Kriton**, “Psikiyatri/Psikosomatik Tıp, Pan Yayıncılık, İstanbul 2005.

**DÖNMEZER, Sulhi/ERMAN, Sahir**, “Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku”, Beta Yayınları, İstanbul 1997.

**DÖNMEZER, Sulhi**, “Genel Ceza Hukuku Dersleri”, Bahçeşehir Üniversitesi Yayınları, İstanbul 2003.

**DÖNMEZER, Sulhi**, “Kriminoloji”, Beta Yayınları, İstanbul 1994.

**DÖNMEZER, Sulhi**, “Cezai Sorumluluğun Esası Olarak Failin Normallığı Telakkisi”, İÜHFM, C:XII, İstanbul 1946.

**DRESSLER, Joshua**, “Criminal Law”, Thomson West, Minnesota 2007.

**EREM, Faruk**, “Adalet Psikolojisi”, İstanbul 1988.

**EREM, Faruk**, “Adalet Psikolojisi Bakımından Heyecanlar ve İhtiraslar”, AÜHFD, Ankara 1945, C:II, sayı:4.

**EREM, Faruk/DANIŞMAN, Ahmet/ARTUK, Mehmet Emin**, “Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 1997.

**EROL, Haydar**, “Adli Yargı İlk Derece Mahkemelerinde Ceza Yargılaması ve Uygulaması”, Ankara 2006.

**ERSOY, Yüksel**, “Ceza Hukuku Genel Hükümler”, İmaj Yayıncılık, Ankara 2002.

**FOUCAULT, Michel**, “Annemi, Kız Kardeşimi ve Erkek Kardeşimi Katleden Ben, Pierre Riviere, 19. Yüzyılda Bir Aile Cinayeti”, Çev.:Erdoğan Yıldırım, Ara Yayıncılık, İstanbul 1991.

**GREENBERG, Joanne**, “Sana Gül Bahçesi Vadetmedim”, Metis Yayınları, İstanbul 1998.

**GÜLEÇ, Cengiz/KÖROĞLU, Ertuğrul**, “Psikiyatri El Kitabı”, Hekimler yayın Birliği, Ankara 1997.

**HAFIZOĞULLARI, Zeki**, “5237 sayılı Türk Ceza Kanununda Fail”, <http://www.abchukuk.com/makale/makale308.html>, 06.11.2008

**HAFIZOĞULLARI, Zeki**, “5237 sayılı Türk Ceza Kanununda İsnat Yeteneği”, <http://www.abchukuk.com/makale/makale309.tml>, 06.11.2008.

**HAFIZOĞULLARI, Zeki**, “5237 sayılı Türk Ceza Kanununda İsnat Yeteneğini Azaltan veya Kaldıran Haller”, <http://www.abchukuk.com/makale/makale310.html>, 06.11.2008.

**HAKERİ, Hakan**, “Sorularla Ceza Hukuku”, TBB Yayınları, Ankara 2005.

**HAKERİ, Hakan**, “Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2008.

**HAKERİ, Hakan/ÜNVER, Yener**, “Ceza Muhakemesi Hukuku Temel Bilgiler”, Adalet Yayınları, Ankara 2007.

**İÇEL, Kayıhan/EVİK, Hakan**, “Ceza Hukuku Genel Hükümler 2. Kitap, Beta Yayınları, İstanbul 2007.

**JESCHEK, Hans-Heinrich**, “Alman Ceza Hukukuna Giriş/Kusur İlkesi/Ceza Hukukunun Sınırları (Ulrich Sieber), Çev.: Feridun YENİSEY, Beta Yayınları, İstanbul 2007.

**KARADUMAN, F.**, “Adli Tıp Açısından Epilepsiler”, Uzmanlık Tezi, İstanbul 1990.

**KOCA, Mahmut/ÜZÜLMEZ, İlhan**, “Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2008.

**KUNTER, Nurullah/YENİSEY, Feridun/NUHOĞLU, Ayşe**, “Muhakeme Hukuku Dalı Olarak Ceza Muhakemesi Hukuku”, Beta Yayınları, İstanbul 2008.

**KUYU, Cemil**, “Akıl Hastalıkları ve Cezai Ehliyet”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İstanbul 1996.

**LOW, A. Abraham**, “Mental Health Through Will-Training”, Chicago 1997.

**MALKOÇ, İsmail**, “Yeni Türk Ceza Kanunu”, Malkoç Kitabevi, İstanbul 2008.

**NİL, Ayşe**, “Kaçıklık Diploması”, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul 1998.

**NUHOĞLU, Ayşe**, “Ceza Hukukunda Emniyet Tedbirleri”, Ankara 1997.

**NUHOĞLU, Ayşe**, “5237 Sayılı Türk Ceza Kanununda Güvenlik Tedbirleri”, Sempozyum: Türk Ceza Kanununun 2 Yılı, Teoride ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar”, TCHD Yayınları: 10, İstanbul 2008.

**ÖNDER, Ayhan**, “Ceza Hukuku Dersleri”, Filiz Kitabevi, İstanbul 1992.

**ÖNDER, Ayhan**, “Akıl Hastalarının Kısırlaştırılması ve Hadım Edilmeleri”, İstanbul Üniversitesi Ceza Hukuku ve Kriminoloji Enstitüsü, Akıl Hastalarına Karşı Cemiyetin Müdafaası (Raporlar), İstanbul 1958.

**ÖZBEK, Veli Özer**, “TCK İzmir Şerhi”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2005.

**ÖZBEK, Veli Özer**, “CMK İzmir Şerhi”, Seçkin Yayınevi, Ankara 2005.

**ÖZBEK, Veli Özer**, “Tıbbi Deliller ve Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu”, Özel Sayı: Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi HFD III, 2, İstanbul 2006.

**ÖZGENÇ, İzzet**, “Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2008.

**ÖZKAN, Mustafa/HAKERİ, Hakan**, “Ceza Hukuku ve Ruhsal Bozukluklar”, [http://www.akader.net/KHUKA/2\\_98\\_ekim\\_/ceza\\_hukuku\\_ve\\_ruhsal.htm](http://www.akader.net/KHUKA/2_98_ekim_/ceza_hukuku_ve_ruhsal.htm), 03.07.2009.

**ÖZTÜRK, Bahri/ERDEM, Mustafa Ruhan/ÖZBEK, Veli Özer**, “Ceza Hukuku ve Emniyet Tedbirleri Hukuku”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2008.

**ÖZTÜRK, Bahri/ERDEM, Ruhan**, “Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007.

**ÖZTÜRK, M. Orhan**, “Ruh Sağlığı ve Bozuklukları”, Ankara 1988.

**SONGAR, Ayhan**, “Psikiyatri, Psikobiyoloji ve Ruh Hastalıkları”, İstanbul 1980.

**ŞEN, Ersan**, “Ceza Sorumluluğunu Kaldıran veya Azaltan Sebepler”, Sempozyum: Türk Ceza Kanununun 2 Yılı, Teori ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar, TCHD Yayınları: 10, İstanbul 2008.

**ŞENSOY, Naci**, “Akli Maluliyetin İlmi Cepheden Tetkiki”, AÜHFD, <http://www.dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/245/2182.pdf>, 08.12.2008.

**ŞENSOY, Naci**, “Cezai Mesuliyeti Tamamen veya Kısmen Kaldıran Akli Maluliyet”, İÜHFM, C:XVI, İstanbul 1950.

**TANER, Tahir**, “Ceza Hukuku Umumi Kısım”, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1953.

**TANER, Tahir**, “Ceza Muhakemeleri Usulü”, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1955.

**TEZCAN, Durmuş/ERDEM, Mustafa Ruhan/ÖNOK, R. Murat**, “Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku”, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2008.

**TOSUN, Öztekin**, “Suçluların Gözlemi”, Sulhi Garan Matbaası, İstanbul 1966.

**TOROSLU, Nevzat**, “Ceza Hukuku”, Savaş Yayınevi, Ankara 2005.

**TOROSLU, Nevzat/FEYZİOĞLU, Metin**, “Ceza Muhakemesi Hukuku”, Savaş Yayınevi, Ankara 2006.

**TÜMERKAN, Somay**, “Klasik, Pozitivist Okullarda ve Toplumsal Savunma Hareketinde Ceza Sorumluluğunun Esası”, İÜHFD, C.XLVIII-XIX, İstanbul 1983.

**ÜNVER, Yener**, “Ceza Hukukunda Akıl Hastalığı ve Ceza Sorumluluğuna Etkisi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1989.

**ÜNVER, Yener**, “Sebebinde Serbest Hareketler Kuramı”, Prof. Dr. Sahir Erman’a Armağan, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Eğitim, Öğretim ve Yardımlaşma Vakfı Yayını No:8, İstanbul 1999.

**YENERER ÇAKMUT, Özlem**, “Tıp Ceza Hukukunda Bilirkişilik”, V. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, TBB Yayınları , Ankara 2008.

**YENİSEY, Feridun/PLAGEMANN, Gottfried**, “Strafgesetzbuch (StGB) Alman Ceza Kanunu”, Beta Yayınları, İstanbul 2009.

**YENİSEY, Feridun**, “Ceza Muhakemesi Hukukunda Tıbbi Deliller ve Bilirkişilik”, Özel Sayı: Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi HFD III, 2, İstanbul 2006.

**YERLİ, Fahrettin Kemal**, “Öğretide ve Uygulamada Akıl Hastalıklarından Epilepsinin Ceza Hukuku Açısından Etkisi ve Sonuçları”,  
[http://www.yayin.adalet.gov.tr/14\\_sayi%20icerik/Fahrettin%20Kemal%20Yerli.htm](http://www.yayin.adalet.gov.tr/14_sayi%20icerik/Fahrettin%20Kemal%20Yerli.htm),  
,13.03.2009.

**YİĞİT, Nuri**, “TCK Genel Hükümler”, <http://www.cezabb.adalet.gov.tr/makale/130>, 27.12.2008.

**YURTCAN, Erdener**, “Ceza Yargılaması Hukuku”, Beta Yayınları, İstanbul 2007.

**YÜCE, Turhan Tufan**, “Ceza Hukuku Dersleri Cilt:1”, Şafak Basım ve Yayınevi, Manisa 1982.

[www.kazanci.com.tr](http://www.kazanci.com.tr)

<http://www.ttb.org.tr/TD/TD47/darussifa.html>, 02.06.2009.

[http://en.wikipedia.org/wiki/M’Naghten\\_Rules](http://en.wikipedia.org/wiki/M’Naghten_Rules), 17.12.2008.

<http://www.textara.com/akil-hastaliklari-depresyon-panik-atak-psikoloji-debresyon-ruhsal?page=0%2Co>, 19.05.2009.

<http://www.mmha.org.au/mmha-products/fact-sheets/what-is-mental-illness/what-is-mental-illness-turkish/file>, 12.07.2009.

[http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/en](http://www.who.int/topics/mental_disorders/en), 12.07.2009.

<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, 12.07.2009.

<http://www.tumgazeteler.com/?a=918773>, 02.08.2008.

[http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/brsh/index.php?option=com\\_content&view=article&id=170&Itemid=177](http://www.bakirkoyruhsinir.gov.tr/brsh/index.php?option=com_content&view=article&id=170&Itemid=177), 12.07.2009.

<http://www.haberx.com/Gundem-Haberleri/Eylul-2008/Akil-hastasini-taburcu-eden-hastane-kusurlu-bulundu.aspx>, 18.11.2008.

[www.psikiyatri.org.tr](http://www.psikiyatri.org.tr), 02.11.2008.